



HAL
open science

La prise de rendez-vous sur Internet, modifie-t-elle la corrélation entre l'accès aux soins et la vulnérabilité sociale ?

Corentin Bonnette, Joël Fauché

► To cite this version:

Corentin Bonnette, Joël Fauché. La prise de rendez-vous sur Internet, modifie-t-elle la corrélation entre l'accès aux soins et la vulnérabilité sociale?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01978490

HAL Id: dumas-01978490

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01978490>

Submitted on 11 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2018/2019

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS SUR INTERNET, MODIFIE-T-ELLE LA
CORRÉLATION ENTRE L'ACCÈS AUX SOINS ET LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE?

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Corentin BONNETTE

[Données à caractère personnel]

et Joël FAUCHÉ

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 21/décembre/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Christophe PISON

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe CINQUIN

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, MCU

Monsieur Philippe WARIN

Monsieur le Docteur Dominique LAGABRIELLE, directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES:

1.	LISTE DES ENSEIGNANTS À L'UFR DE MÉDECINE :	4
2.	REMERCIEMENTS:	8
3.	INTRODUCTION :	13
4.	MATERIELS ET METHODES:	18
4.1.	<u>L'ETUDE:</u>	18
4.2.	<u>CRITERES DE JUGEMENT:</u>	18
4.3.	<u>RECRUTEMENT DES CABINETS : (SCHEMA N°1)</u>	18
4.4.	<u>RECRUTEMENT DES PATIENTS:</u>	19
4.5.	<u>QUESTIONNAIRE:</u>	20
4.5.1.	<u><i>L'évaluation de la précarité:</i></u>	21
4.5.2.	<u><i>Adaptation du questionnaire à l'étude préliminaire:</i></u>	22
4.5.2.1.	Identification de facteurs influençant la participation :	22
4.5.2.2.	Adaptation du support d'information délivré aux patients :	22
4.5.2.3.	Adaptation des conditions de réalisation du questionnaire :	23
4.5.2.4.	Adaptation du contenu du questionnaire :	24
4.6.	<u><i>Recueil des données:</i></u>	25
4.7.	<u><i>Accord CNIL:</i></u>	25
4.8.	<u><i>Traitement des données:</i></u>	25
5.	RESULTATS:	27
5.1.	<u>RECRUTEMENT DES CABINETS:</u>	27
5.2.	<u>DESCRIPTION ET APPARIEMENT DES CABINETS INCLUS :</u>	27
5.3.	<u>COMPARABILITE DES CABINETS : (TABLEAU N°3)</u>	29
5.4.	<u>ECHANTILLONS: (FIGURE N°2)</u>	31
5.5.	<u>COMPARABILITE DES DEUX GROUPES : (TABLEAU N°4)</u>	32
5.6.	<u>DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON:</u>	33
5.7.	<u>CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL : SCORE DE FAS</u>	35
5.8.	<u>ETUDE DU GRADIENT SOCIAL D'ACCES AUX SOINS</u>	36
5.9.	<u>COMPARAISON DES RESULTATS DES GROUPES 1 ET 2 :</u>	37
5.10.	<u>COMPARAISON EN FONCTION DE L'UTILISATION OU NON DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET :</u>	40
5.11.	<u>ANALYSE SPECIFIQUE DES PATIENTS PRECAIRES (SCORE EPICES >30,17) DES GROUPES 1 ET 2 : (TABLEAU N°12)</u>	42
6.	DISCUSSION:	45
6.1.	<u>LA POPULATION DE L'ETUDE:</u>	45
6.2.	<u>CALCUL A POSTERIORI DU NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES :</u>	46
6.3.	<u>FACILITE D'ACCES AUX SOINS:</u>	47
6.4.	<u>RENONCEMENT AUX SOINS:</u>	49
6.5.	<u>RISQUE DE PREMIERE ESPECE:</u>	49
6.6.	<u>BIAIS DE CONFUSION:</u>	49
6.7.	<u>DES PATIENTES DIFFERENTES:</u>	50
6.8.	<u>BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE:</u>	50
6.9.	<u>« EFFET DE GRAPPE »:</u>	51
6.10.	<u>LE CHOIX DU SCORE EPICES :</u>	51
6.11.	<u>CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE :</u>	52
7.	CONCLUSION:	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
8.	RÉSUMÉ:	55
9.	ABSTRACT:	57
10.	ANNEXES	59
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX PATIENTS EN SALLE D'ATTENTE.	59

ANNEXE 2: PROTOCOLE:	61
11. SERMENT D'HIPPOCRATE :.....	66
12. BIBLIOGRAPHIE :	67

1. LISTE DES ENSEIGNANTS À L'UFR DE MÉDECINE :



Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

2. REMERCIEMENTS:

REMERCIEMENTS COMMUNS :

Nous tenons à remercier vivement Monsieur le Professeur Pison pour la présidence du jury, ainsi que Professeur Cinquin, Docteur Gaboreau et Monsieur Warin pour avoir participé au jury de notre thèse ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Un grand merci au Docteur Dominique Lagabrielle pour nous avoir guidé, épaulé et inspiré en tant que directeur de thèse, tout au long de ce travail passionnant.

Nous remercions le Docteur Paradis Sabrina pour ses conseils.

Nous remercions également tous les médecins généralistes qui nous ont ouvert les portes de leurs cabinets.

Enfin, merci à tous les patients qui ont eu la gentillesse de participer à notre recherche.

REMERCIEMENTS DE JOËL :

Merci à Myriam, qui est toujours là pour me soutenir et me supporter. Je dois reconnaître ton rôle clef dans la genèse de cette thèse et on ne parlera pas des efforts de relecture.

Merci Papa et Maman, qui m'ont guidé dans la vie en me laissant toujours assez de liberté, qui m'ont inspiré ma carrière future. Papa, tu m'as toujours encouragé, lors de mes réussites ou des échecs : « c'est le métier qui rentre ». Maman, tu as toujours été la gentillesse même, je te remercie pour toutes les dictées que tu m'as faites, même si sur le coup c'était difficile.

A mes frères, à mes belle-soeurs, à Luka, Léana...qui m'ont aidé à me façonner. Yann, tu as toujours voulu partager tant de choses, m'expliquer les fonctions dès le CP. Julien, toi aussi tu m'as appris tant de chose, ta générosité, ton sens de la répartie. Baptiste, je te remercie pour ton soutien, je n'oublierai pas une chaussette volante

A toute ma grande famille : oncles et tantes, vous avez toujours été là pour moi, je vous en remercie. A mes nombreux cousins et cousines, avec qui je partage tant de souvenirs : des spectacles de théâtre à Dieulefit, aux batailles de bâton aux Balmes, en passant par tous ces après-midi de jeux et de joie. « C'est quel genre de douleur ? »

A Mutti et Babar, je vous dédicacerais ma première ordonnance de médecin thésé

A Papi, signé « ton bandit » ; à Mamie, signé « ton kéké »

A Joce, Joelle, Dany, Bernard, Anne Marie, qui m'ont vu et aidé grandir

Aux amis du judo: Prêt à remonter sur un tatami. Antoine, Axel, Charly, Mathieu, Pierre, Vincent

A Elise, Manon, Reaksmei, Salomé et Cie qui me supportent depuis bien longtemps sur les bancs de la faculté. A notre prochain mimtoo.

A Riwana, Sabrina, Jules avec qui j'ai partagé des semestres passionnants

A David et Sophie, rencontrés par hasard

A tous les internes de Sallanches

A tous ceux qui m'ont appris ce magnifique métier :

Aux Dr Gaudissart-Amblard, Dr Gaudin, Dr Lenoel : merci de se partage de connaissance

Aux Dr Belralhi, Dr Lange et Dr Wolff : merci de votre aide et de vos conseils

A l'ESPAS CMP de Nouméa : un grand merci à toute l'équipe, continuez vos études

Au cabinet Selliance : merci à toute l'équipe

A tous les professeurs de la faculté et tous les médecins de l'hôpital, à tous les assistants, internes, externes croisées à un moment

A Corentin, qui a supporté mes lubies. Merci pour ton sérieux et ta bonne humeur, partager cette aventure studieuse avec toi fut un plaisir.

REMERCIEMENTS DE CORENTIN :

A toi Joël pour tes idées, ta compétence et tes connaissances, c'est un vrai plaisir de travailler avec toi !

Un grand merci à mes parents Isabelle et Docteur Philippe Bonnette (1^{er} du nom !), pour votre amour et votre soutien inconditionnel pendant ces longues années d'étude ainsi que pour le goût du travail que vous m'avez inculqué.

A mes chers frères Aurélien, Timothée et Théophile pour les pauses efficaces et explosives.

A mes grands parents, à pépé parti trop tôt.

A mes amis de longue date : Agnès, Tom, David et les autres, pour le temps et les épreuves passés ensemble avant et pendant l'externat. Aux copains de l'OLDA et du lycée David d'Angers pour les souvenirs merveilleux.

A tous les copains de l'internat : Clarisse, Paul, Marie, Cécile, Hélène, Romain, Charles et tous ceux qui se reconnaîtront.

A Annick pour ta confiance et ta gentillesse, Christian et Pierre j'ai été ravi d'apprendre la médecine générale avec vous ! Merci également à Michel, Alain et Pierre du service de gériatrie de Thonon et tous les autres médecins rencontrés pendant ma formation. A l'équipe de radiologues de Sallanches pour me former en échographie. A toute l'équipe du cabinet de Megève pour ces derniers mois d'une longue formation !

Au Dr Masson qui a allumé la flamme il y a bien longtemps, à l'école de la république, à la Roumanie, aux copains de l'ISNAR-IMG. A l'organisation ERASMUS, les médecins, patients et amis croisés en Bosnie et en Roumanie. A la vie combi.

Aux patients

Enfin, à ma chère et tendre Nicoleta pour ta patience et tous tes efforts pour me suivre. Les choses sérieuses peuvent commencer !

3. Introduction :

Depuis quelques années, les modes de prise de rendez-vous médicaux évoluent, avec l'apparition et le développement progressif de la prise de rendez-vous sur internet. Ce phénomène s'amplifie largement, tant au niveau national qu'au niveau international¹. La multiplication des sites internet qui proposent des rendez-vous médicaux, marque le développement de cette offre qui attire beaucoup les jeunes patients et les jeunes médecins. On peut citer : Doctolib, qui depuis le rachat de Mondocteur, est le leader incontesté en France, équipant environ 10% des médecins, et d'importantes structures publiques (CHU de Rouen, CHU de Nancy, Assistance publique - Hôpitaux de Paris...)². De nombreux autres prestataires existent par exemple : *Docavenue*, *Docteur-rendez-vous*, *Allodocteur*, *Keldoc*, *Annura*...

La prise de rendez-vous par internet semble être un outil intéressant pour le médecin. Dans les cabinets sans secrétariat : il améliore le temps médical en diminuant le nombre d'appels téléphoniques qui parasitent la consultation. Dans les cabinets avec un secrétariat : il libère du temps à la secrétaire pour permettre un meilleur accueil au cabinet. Par ailleurs il propose une alternative économique en comparaison à une secrétaire présente ou téléphonique. Les sociétés offrant de tels services affirment que cela permet de gagner 30% du temps de secrétariat, de réduire de 75% les rendez-vous non honorés et de renouveler sa patientèle³.

La prise de rendez-vous par internet a aussi un intérêt pour les patients : 86% des personnes utilisant la prise de rendez-vous sur internet estiment qu'il est intéressant de pouvoir prendre un rendez-vous dès qu'ils en ont besoin. Par ailleurs, internet permet aussi de prendre un rendez-vous en dehors des heures d'ouvertures. Le côté « libre-service » de la prise de rendez-vous apporte aux patients une plus grande liberté dans le choix de la date et de

l'heure de sa consultation⁴. Les sociétés proposant de tels services⁵ valorisent la possibilité de prendre des rendez-vous en soirée ou le weekend. Elles mettent en exergue la rapidité : 82 secondes en moyenne. En général les délais sont courts : 24% des rendez-vous sont obtenus sous 24h. De plus ils plébiscitent l'association avec de nouvelles fonctionnalités : l'envoi d'un SMS de rappel 24h avant le rendez-vous⁶.

Mais pour certains patients, le manque de compétence informatique et le faible accès à internet sont des freins à la prise de rendez-vous sur internet⁷. Ces deux obstacles sont constitutifs de la fracture numérique. Elle est réelle et présente en France : 12% de la population (des plus de 12ans) ne disposaient pas de connexion internet au domicile (fixe ou mobile), en juin 2016⁸. Et ces difficultés d'accès à internet sont encore plus marquées dans les couches les plus défavorisées de la population. En effet si 96% des diplômés du supérieur ont accès à internet, cela n'est vrai que pour 57% des personnes n'ayant aucun diplôme. Cette même différence est vérifiable en fonction du revenu : 96% des personnes avec de hauts revenus ont accès à internet pour seulement 75% des personnes avec de bas revenus⁸. Le renouvellement de la patientèle, plébiscité par les sociétés proposant une prise de rendez-vous sur internet, ne se fait-il pas au dépend d'une partie de la population ?

Malgré l'intérêt certain de l'outil internet, ne risque-t-il pas d'aggraver l'accès au soin des patients vulnérables ? La vulnérabilité se définit comme « *la propension à augmenter le risque de survenue d'un événement sanitaire défavorable (maladie, symptôme, situation...), en comparaison avec le risque « standard » de survenue de cet événement (celui de la dite population générale ou de référence)* »⁹. L'accès aux soins en France est déjà considéré comme difficile par de nombreux patients. Dans l'étude de l'Institut Français d'Opinion Publique pour JALMA, 37% de la population française considère qu'il est difficile d'obtenir un accès aux soins toutes spécialités confondues, et 12% auprès des médecins généralistes¹⁰. Cette difficulté d'accès aux soins est responsable :

- d'un non recours à des soins chez les médecins généralistes pour 62% de la population interrogée¹⁰,

- et à un recours aux urgences du fait de difficulté d'avoir un rendez-vous pour 31% des personnes interrogées¹⁰.

En France, les Inégalités Sociales de Santé sont un problème majeur de santé publique. On entend par Inégalités Sociales de Santé, l'existence d'une corrélation entre certains marqueurs de santé et le statut social. Cette corrélation est défavorable pour les groupes sociaux les plus modestes^{11, 12}. Par exemple, l'espérance de vie est moins importante chez les ouvriers (74 ans) que chez les cadres (81ans en 1990)¹¹. Cette différence se vérifie chez les femmes comme les hommes¹¹. Les différences de mortalités prématurées (entre 35 et 64 ans) selon les catégories sociales sont particulièrement importantes en France^{11, 12}. Cela est la conséquence d'habitudes de vie à risque, en particulier du tabagisme et la consommation abusive d'alcool. Ces conduites individuelles à risque relèvent d'une stratification socio-économique des comportements à risque¹². La « double peine » traduit le fait que les ouvriers vivent moins longtemps, et que la proportion du temps qu'ils vivent avec des handicaps et des incapacités est plus importante¹¹. Les Inégalités Sociales de Santé résultent de l'organisation sociale, elles sont donc évitables, et donc injustes. Les Inégalités sociales d'un bassin de vie, traduisent la justice sociale d'un territoire.

Plus que jamais la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé doit rester une préoccupation majeure de santé publique. Comme l'affirme Madame Marisol Tourraine en tant que ministre des affaires sociales et de la santé dans un éditorial publié en 2014, l'organisation des soins doit lutter efficacement contre cette injustice sociale¹³.

Le gradient social des inégalités de santé se définit comme l'existence d'un « *lien entre l'état de santé et la position dans la hiérarchie sociale, et [que] les écarts d'une catégorie sociale à une autre, concerne l'ensemble de la population. Ainsi, dans chaque catégorie sociale, le niveau de morbidité est plus élevé que dans le groupe immédiatement supérieur.* »¹⁴

Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas les seules causes d'inégalités sociales de santé, mais elles y participent. L'intégration des nouvelles technologies à la pratique clinique d'un point de vue éthique ne doit pas majorer ce gradient de santé. La prise de rendez-vous médicaux sur internet ne risque-t-elle pas d'aggraver le gradient social des inégalités de santé en France ?^{11, 15}

Face à l'extension de la prise de rendez-vous sur internet, il paraît utile d'essayer d'en mesurer les conséquences pour les patients et pour la santé en France. Les médecins ne peuvent pas contrôler les évolutions technologiques liées à la santé. Cependant leur rôle est de ne pas subir ces avancées mais de s'en saisir afin d'en maîtriser les usages et conséquences.

L'objectif principal de notre étude est de comparer la facilité d'accès aux soins, en cabinet de médecine générale, des patients précaires et non précaires, en fonction de la possibilité ou non de prendre des rendez-vous sur internet.

Les objectifs secondaires sont :

- Comparer d'autres marqueurs de l'accès aux soins tel que le renoncement aux soins, la satisfaction du délai de prise en charge, en fonction de la possibilité ou non de prendre des rendez-vous sur internet.

- Comparer ces différents marqueurs de l'accès aux soins (score de facilité d'accès aux soins, le renoncement aux soins, la satisfaction du délai de prise en charge), en fonction de l'utilisation effective ou non d'internet pour prendre un rendez-vous.
- Comparer le gradient social d'accès aux soins des patients en cabinet de médecine générale, en fonction de la possibilité d'une prise de rendez-vous par internet ou non.

4. Matériels et méthodes:

4.1.L'étude:

C'est une étude épidémiologique étiologique prospective, multicentrique, étudiant le lien entre la facilité ressentie d'accès aux soins, la précarité et le mode de prise de rendez-vous. Cette étude rentre dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat de médecine générale.

4.2.Critères de jugement:

Le critère de jugement principal est la facilité d'accès aux soins. Pour la quantifier, le patient l'estime par un chiffre choisi sur une échelle numérique cotée de 0 à 10. Le patient choisit ce chiffre par rapport à son ressenti global de l'accès aux soins, pour lui-même. Les critères de jugement secondaires sont le gradient social de difficulté ressentie d'accès aux soins par les patients ainsi que d'autres marqueurs d'accès aux soins (non recours aux soins, satisfaction vis à vis des délais pour obtenir un rendez-vous).

4.3.Recrutement des cabinets : (schéma n°1)

Le recrutement des cabinets de médecine générale a eu lieu entre janvier 2018 et août 2018 par démarchage individuel de différents médecins. Après explication du protocole et du but de l'étude, les médecins pouvaient accepter ou non le recrutement de leurs patients en salle d'attente.

Pour contrôler différents biais de confusion, les cabinets de médecines générales ont été recrutés avec un appariement sur :

- nombre de médecins dans le cabinet
- même bassin de vie, dans le but d'avoir une démographie médicale proche

- ne différant que sur la possibilité ou pas de prise de rendez-vous sur internet.

Dix cabinets ont été contactés pour les inclure dans l'étude. Deux cabinets n'ont pas pu être recrutés : deux pour refus du médecin, aucun pour absence d'appariement possible. Huit cabinets ont été recrutés comme centres d'inclusion de patient, soit quatre cabinets avec possibilité de prise de rendez-vous sur internet et quatre cabinets sans possibilité de prise de rendez-vous sur internet.

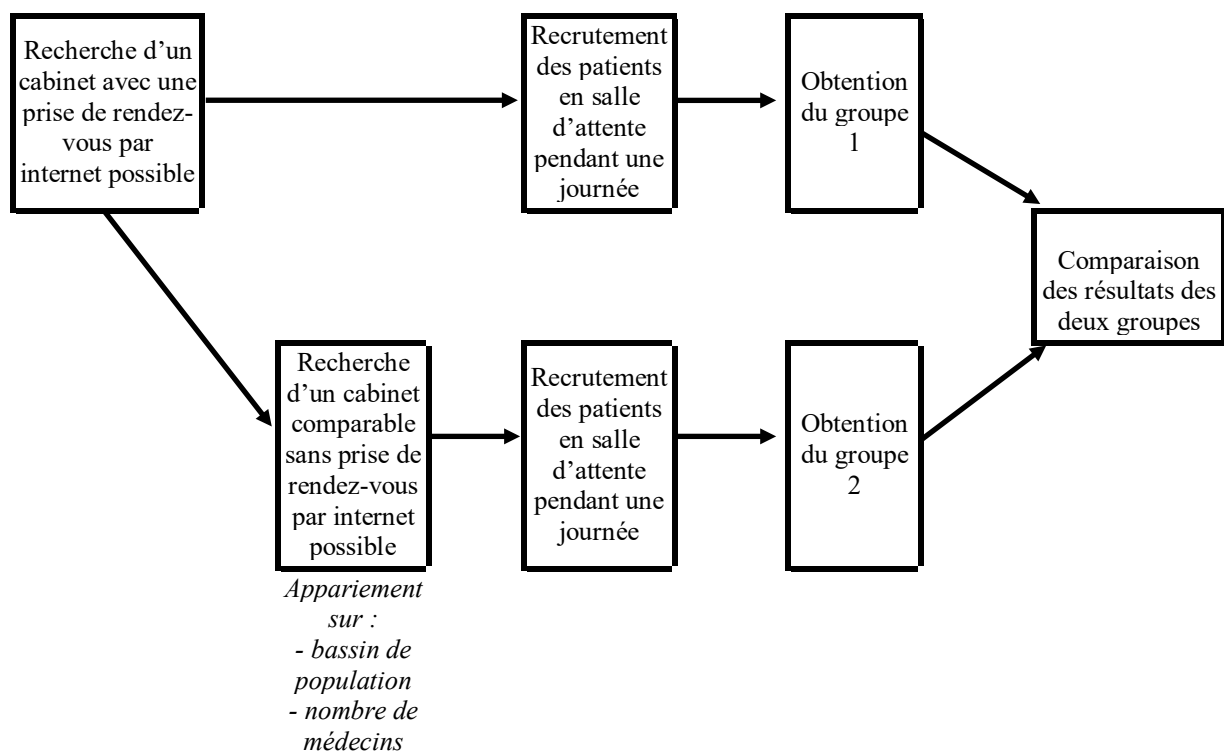


Schéma n°1 : Déroulement de l'étude

4.4. Recrutement des patients:

Les patients ont été recrutés en salle d'attente par les médecins investigateurs entre le 25 janvier 2018 et 3 août 2018. La soumission d'un questionnaire s'est faite après présentation de la thèse et des investigateurs en salle d'attente, après accord oral des patients. Le questionnaire est rempli par le patient lui-même ou avec l'aide de l'investigateur si le patient n'en était pas capable seul (allitératie, problèmes sensoriels, tremblements). La

réalisation du questionnaire s'est déroulée dans un bureau, le patient étant seul avec l'investigateur, ou directement en salle d'attente selon le choix du patient.

Les critères d'inclusion ont été : les patients consultant dans un des cabinets de médecine générale recruteur durant la période de l'étude, étant d'accord pour participer à l'étude. Les critères de non inclusion : les patients mineurs ou sous tutelle.

4.5. Questionnaire:

Le questionnaire a été réalisé dans le but de recueillir les informations nécessaires à l'étude. L'utilisation des réponses permettant d'obtenir des données quantitatives comparatives. Il a été validé par le Département de Médecine Générale (DMG) de Grenoble, lors de la soumission du protocole de recherche. Il contenait :

- des données sociodémographiques (âge, sexe), mais en respectant l'anonymat des patients
- le score de précarité « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé » dit score EPICES¹⁶
- des données sur le mode de prise de rendez-vous (les modes de prise de rendez-vous possibles et utilisés)
- différents marqueurs d'accès aux soins : une échelle numérique de facilité d'accès aux soins (critère principal) et la mesure du renoncement à une consultation
- des données sur le ressenti du patient (changement utile au mode de prise de rendez-vous, satisfaction des patients vis-à-vis des délais)

Le questionnaire a été testé sur un échantillon de 7 patients volontaires avant le début de l'étude. Les objectifs de cette étude préliminaire étaient de vérifier la compréhension des

questions afin d'améliorer les chances de recrutement en salle d'attente et d'optimiser le déroulement du remplissage du questionnaire. Le questionnaire a été soumis aux patients attendant en salle d'attente des cabinets recruteurs, par l'un des investigateurs.

4.5.1. L'évaluation de la précarité:

L'indicateur de la précarité choisi a été le score EPICES. Le score EPICES est un indicateur qui a été élaboré, et validé par le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens et de santé (CETAF), et les Centres d'Examens et de Santé (CES), en 1998. Ce score est basé sur 11 questions binaires (oui/non) permettant d'obtenir un score de 0 à 100. Les onze questions sont pondérées d'un poids différent comme défini dans le tableau n°1. Chaque coefficient est ajouté à une constante (75,14) si la réponse à la question est oui¹⁶.

	Oui	Non
Constante	75,14	
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+10,06	0,00
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0,00
Vivez-vous en couple ?	-8,28	0,00
Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0,00
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	+14,80	0,00
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0,00
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0,00
Etes-vous parti vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0,00
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0,00
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0,00
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0,00

Tableau n°1 : Score EPICES

C'est un score fréquemment utilisé dans les études, dont la corrélation avec :

- les déterminants socio-économiques de la précarité (catégories socio-professionnelles, statut vis-à-vis de l'emploi),
- des indicateurs du mode de vie (tabagisme, sédentarité, suivi médical...)
- et des indicateurs de santé (santé perçue, l'obésité, le diabète...) a été prouvée¹⁵.

Le seuil de précarité du score a été fixé à >30,17/100, comme il est actuellement défini dans les études¹⁷.

4.5.2. Adaptation du questionnaire à l'étude préliminaire:

Le questionnaire a été testé au mois de novembre 2017 auprès de 7 patients. Les personnes participantes se trouvaient être 7 femmes âgées de 23 à 70 ans recrutées en salle d'attente d'un cabinet de médecine générale. L'absence de patient homme lors de la phase test est la conséquence d'une absence d'homme consultant au cabinet à ce moment là. Ce cabinet a aussi participé à l'étude finale (cabinet 1).

4.5.2.1. *Identification de facteurs influençant la participation :*

L'étude préliminaire a permis de montrer que les personnes étaient plus enclines à participer si l'explication venait directement de l'investigateur en salle d'attente.

Les autres facteurs identifiés comme encourageant la participation des patients sont les notions de : « aider à faire une thèse » « jeunes médecins » « travailler sur la prise de rendez-vous ». Ces éléments nous ont permis d'affiner nos explications en salle d'attente avec l'objectif de faire face à un minimum de refus.

4.5.2.2. *Adaptation du support d'information délivré aux patients :*

Une patiente a affirmé qu'elle n'aurait pas répondu au questionnaire sur papier si l'explication écrite n'avait pas été complétée par une explication orale. Quatre patientes ont

affirmé qu'elles auraient sans hésitation complété un questionnaire papier en salle d'attente avec les mêmes explications données par écrit uniquement. Deux patientes affirmaient qu'elles n'auraient pas rempli le questionnaire avec les deux types d'explication si l'investigateur ne les avait pas conviées individuellement à part pour le remplir.

Les résultats de l'étude préliminaire nous ont conduits à modifier le protocole : nous avons abandonné l'idée initiale d'un questionnaire en libre-service dans la salle d'attente avec une explication écrite affichée, de peur d'avoir une trop faible participation associée à un biais de sélection important.

La présence de l'investigateur donne de l'importance à l'étude, améliore la participation et renforce la satisfaction des patients recrutés.

Nous avons donc décidé d'accompagner la délivrance du questionnaire d'explications orales individuelles dispensées par l'un des investigateurs.

4.5.2.3. Adaptation des conditions de réalisation du questionnaire :

Nous avons constaté d'autres intérêts à la présence permanente de l'investigateur à chaque participation. Il permet d'éviter les questionnaires incomplets, de reformuler les questions en cas d'incompréhension, voire même de cocher à la place du patient. Ce dernier point est important car il permet d'inclure les patients qui ne savent pas lire (allitératie) et ceux avec des déficits sensoriels (vue) et moteurs (tremblements) et donc d'éviter un biais de sélection. Il était important d'éviter l'exclusion de ces patients qui étaient particulièrement enclins à être précaires. A la fin de chaque questionnaire il nous a paru intéressant de noter si le patient savait lire ou non.

Nous avons chronométré la durée d'un questionnaire. En moyenne cela prend 5 minutes, temps d'installation comprise, ce qui est court.

4.5.2.4. *Adaptation du contenu du questionnaire :*

L'étude préliminaire a montré qu'une des 7 patientes ne remplissait pas spontanément l'identité et une autre trouvait cela gênant. Il a donc été décidé d'anonymiser les questionnaires dès le remplissage, en ne gardant que l'âge, le sexe et le numéro d'anonymat.

Concernant la partie avec le score EPICES, si le questionnaire est donné sans explication sur cette partie, 2 patients sur 7 font ressentir des réticences, méfiances ou expriment un doute sur l'intérêt de certains items. Nous nous permettons donc de rajouter une phrase explicative écrite avant le score EPICES sur le questionnaire : « Les onze questions suivantes du tableau nous servent à mieux connaître certains éléments de votre vie quotidienne et de vos éventuelles difficultés. Même si ces questions peuvent paraître hors contexte, elles sont importantes. Avec ces questions nous savons que l'avis des plus fragiles sera bien pris en compte ».

Enfin, quatre patientes nous ont interrogé sur la notion de travailleur social. Nous nous sommes permis de rajouter des exemples dans la grille du score EPICES à la fin de la question 1 : « (assistante sociale, éducateur, animateur en centre social) ».

Concernant la troisième partie sur le recueil du mode de prise de rendez-vous, 2 patients n'ont pas compris « sur place » que nous avons remplacé par « au secrétariat ».

Nous avons constaté chez les patients tests une difficulté à comprendre la phrase d'explication initiale de la partie 4 sur l'accès aux soins. Nous avons donc remplacé la notion « d'accès aux soins » par la notion plus réduite mais plus concrète de « accès aux consultations ». Nous avons précisé « pour vous » car souvent les patients ont eu tendance à construire leur réponse en fonction de l'expérience d'autres membres de leur entourage. Nous avons précisé « en moyenne » car certains patients hésitaient sur la réponse à donner en fonction du degré d'urgence des consultations.

Sur la 5e partie, nous avons constaté que les patients étaient heureux d'avoir un espace d'expression libre, nous l'avons donc un peu agrandi. Enfin nous hésitions à laisser la dernière question 5.1 (Pensez-vous que votre médecin doit changer quelque chose à son mode de rendez-vous ? Si oui, quoi ?) mais devant les réponses variées, nous l'avons laissée.

4.6. Recueil des données:

Le recueil des données a eu lieu entre le 25 janvier 2018 et 3 août 2018. Deux enquêteurs sont allés dans les salles d'attente des cabinets recruteurs. Les questionnaires ont été remplis avec l'aide des enquêteurs, au calme, le plus souvent dans un bureau de consultation libre.

4.7. Accord CNIL:

La CNIL a délivré son accord, le 6 décembre 2017 (Numéro de déclaration 2128151v0), dans le cadre de la conformité au protocole MR003. Les patients ont été informés de la possibilité de modifier leurs réponses, ou de retirer leur consentement à tout moment de l'étude.

4.8. Traitement des données:

Les tests pour l'analyse statistique ont été :

- Pour la comparaison des variables quantitatives (score de facilité d'accès aux soins) : Un test t de Student, et si le test t de Student était non réalisable, un test de Rang de Mann-Whitney a été réalisé
- Pour la comparaison de variables quantitatives dans plus de deux groupes : Un test de Rang de Kruskal-Wallis (comme les variances n'étaient pas comparables)
- Pour les variables qualitatives : Un test du χ^2

- Pour la recherche d'une corrélation entre le score EPICES et le score de facilité d'accès aux soins : Un test de Corrélation de Pearson
- Un test de comparaison de coefficient de corrélation comparant le gradient social de facilité/difficultés à la prise de rendez-vous, en fonction de la possibilité de rendez-vous sur internet ou non chez les médecins généralistes.

Les logiciels pour la réalisation des tests ont été : Tableur Excel Microsoft, et le site BiostaTGV.

5. Résultats:

5.1. Recrutement des cabinets:

Nous avons débuté l'inclusion par les cabinets avec internet en privilégiant des bassins de vie avec une proportion de patients vulnérables qui nous semblait importante. Nous les avons trouvés en simulant une prise de rendez-vous par internet dans les villes qui nous intéressaient. Nous les avons ensuite contactés par téléphone et obtenus les accords oraux des praticiens. Secondairement nous avons apparié ces cabinets avec les cabinets « témoins » dans les mêmes bassins de vie. Trouver les cabinets témoins nous a été facilité grâce aux connaissances que nous avons (famille, maître de stage, directeur de thèse...).

5.2. Description et appariement des cabinets inclus :

Les huit cabinets ayant servi au recrutement pour cette étude sont divisés en quatre paires (tableau n°2). Chaque paire est composée d'un cabinet proposant une prise de rendez-vous par internet (groupe 1 ou internet) et un cabinet ne permettant pas de prise de rendez-vous par internet (groupe 2 ou témoin).

Le premier appariement (cabinets 1 et 2) est constitué de deux cabinets de la vallée de l'Arve en Haute Savoie (74), d'activité journalière comparable, situés à 32km l'un de l'autre. Le cabinet numéro 1 est celui du Fayet Saint Gervais-Les-Bains, qui ne propose pas de rendez-vous par internet, et donc appartient au groupe 2 « témoin ». Les modes de rendez-vous proposés sont via un secrétariat téléphonique ou par reconduction auprès du médecin à la fin de la consultation. Le cabinet propose également des plages de consultations sans rendez-vous. Le cabinet numéro 2 est à Thyez. Le cabinet propose des prises de rendez-vous par internet depuis 1 an via Doctolib. Hormis ce mode de prise de rendez-vous, le cabinet propose

un secrétariat téléphonique, et une prise de rendez-vous directement auprès du médecin en fin de consultation. Il n'y a pas de plage de consultation sans rendez-vous.

Le deuxième appariement de cabinet est composé des cabinets 3 et 5, tous les deux dans la ville de Romans-sur-Isère, dans la Drôme. Le cabinet 3 est une maison pluridisciplinaire de santé comprenant 4 médecins généralistes, une neurologue, un cabinet d'infirmiers, un ostéopathe. Il ne propose pas de prise de rendez-vous sur internet (groupe 2

	Paire n°1		Paire n°2		Paire n°3		Paire n°4	
	Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 5	Cabinet 6	Cabinet 7	Cabinet 4	Cabinet 8
Nombres de médecins	2	3	4	4	5	8	1	1
Equivalents temps pleins	2	2	4	4	4	5	1	1
Ville	St Gervais Les Bains	Thyez	Romans sur Isère	Romans sur Isère	Grenoble	St Martin D'Hères	Gap	Gap
Département	Haute-Savoie (74)		Drôme (26)		Isère (38)		Hautes-Alpes (5)	
Distance appareillement	32 km		1,5 km		7 km		0,75 km	
Internet	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Logiciel (utilisation)		Doctolib 40%		Doctolib 35%	Doctolib 43%		Doctolib 70%	
Secrétariat téléphonique	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui
Sur place	Non	on	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Secrétaire physique	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Consultation sans rendez-vous	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Nombre de questionnaires	23	23	43	31	15	23	23	20
Nombre d'exclus	2	1	2	0	0	0	2	0
Nombre de refus	NR	NR	11	0	0	3	2	0
Allitération	1	1	1	0	1	4	0	0
Troubles sensoriels	1	1	2	9	1	2	5	6
Troubles moteurs	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau n°2 : Description des cabinets appariés

« témoin »). Les rendez-vous sont possibles soit par téléphone soit sur place, auprès du secrétariat. Le cabinet 4 est également une maison de santé pluridisciplinaire, composé de 4 médecins généralistes et d'une pédiatre. Trois des quatre médecins généralistes proposent

une prise de rendez-vous sur internet. Les patients du médecin n'utilisant pas internet pour la prise de rendez-vous, n'ont pas été interrogés. La plateforme de prise de rendez-vous utilisée est Doctolib.

Le troisième appariement de cabinets (6 et 7) est composé de deux cabinets de la région grenobloise en Isère. L'un est situé à Grenoble et propose des prises de rendez-vous par internet via Doctolib (Cabinet n°6). Il est composé de cinq médecins. Le taux de prise de rendez-vous via internet est de 42.9% sur l'année 2017. Le cabinet emploie une secrétaire présente à plein temps. Les prises de rendez-vous sont donc possibles via Doctolib, par le biais de la secrétaire en présentiel ou par téléphone, ou encore auprès du médecin directement. Le cabinet n°7 se situe dans la commune de Saint Martin d'Hère. Huit médecins y travaillent pour 5 équivalents temps plein. Les modes de prise de rendez-vous sont les mêmes que pour le cabinet de Grenoble à la différence près de l'absence de créneaux réservables sur internet à la date de l'inclusion des patients.

Le quatrième appariement se compose de deux cabinets (4 et 8), se trouvant dans la ville de Gap dans les Hautes Alpes. Le cabinet 4 est un cabinet avec un seul médecin, proposant une prise de rendez-vous par internet (groupe 1). Il utilise aussi le prestataire Doctolib. Les rendez-vous pris par internet représentent 70% des rendez-vous. Il n'y a pas de secrétariat sur place ni dématérialisé. La prise de rendez-vous est possible soit par internet, soit par téléphone, directement auprès du médecin. Le cabinet 8, est aussi un cabinet avec un seul médecin, mais ne proposant pas de prise de rendez-vous par internet (groupe 2 ou témoin). Ce cabinet dispose d'un secrétariat sur place, la prise de rendez-vous est donc possible soit sur place soit par téléphone.

5.3.Comparabilité des cabinets : (tableau n°3)

Les cabinets des groupes 1 et 2, sont comparables en termes de :

- nombres moyens de médecins par cabinets, nombre d'équivalents plein temps,
- nombre de questionnaires distribués, le nombre de patients exclus par cabinets, le nombre de refus, le nombre d'aide au remplissage pour allittératie ou troubles neuro-sensoriels.
- Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour ces critères (p-value<0,05).

Les quatre cabinets du groupe 1 utilisent Doctolib comme prestataire pour la prise de rendez-vous sur internet. La distance moyenne entre les deux cabinets d'une même paire est de moins de 11 km.

	Cabinets du groupe 1 (avec internet)	Cabinets du groupe 2 (sans internet)	P value
Nombre de cabinets	4,00	4,00	Non Réalisable
Nombre moyen de médecins par cabinet	3,25	3,75	0,78940*
Equivalents temps pleins par cabinet	2,75	3,00	0,83968*
Distance moyenne entre les cabinets appareillés	10,31km		Non Réalisable
Rendez-vous possible par internet	4,00	0,00	Non Réalisable
Logiciel	100% Doctolib		
Nombre de questionnaires	23,00	27,25	0,52505*
Nombre d'exclus par cabinets	0,75	1,00	0,75060*
Nombre de refus par cabinets (NR=2)	0,67	4,67	0,34687*
Nombre de cas d'allittératie par cabinets	0,50	1,50	0,34014*
Nombre de troubles sensoriels / moteurs par cabinets	4,00	2,75	0,59745*

* test T de Student

Tableau n°3: comparabilité des cabinets

5.4. Echantillons: (Figure n°2)

Le questionnaire a été proposé à plus de 217 patients (le nombre de refus n'a pas été décompté au début de l'étude, dans les cabinets 1 et 2). Parmi ces 217 patients, 16 patients ont refusé de participer à cette étude et 201 patients ont pu participer à l'étude. Les refus se sont expliqués par une peur de rater la consultation ou bien le patient exprimait son

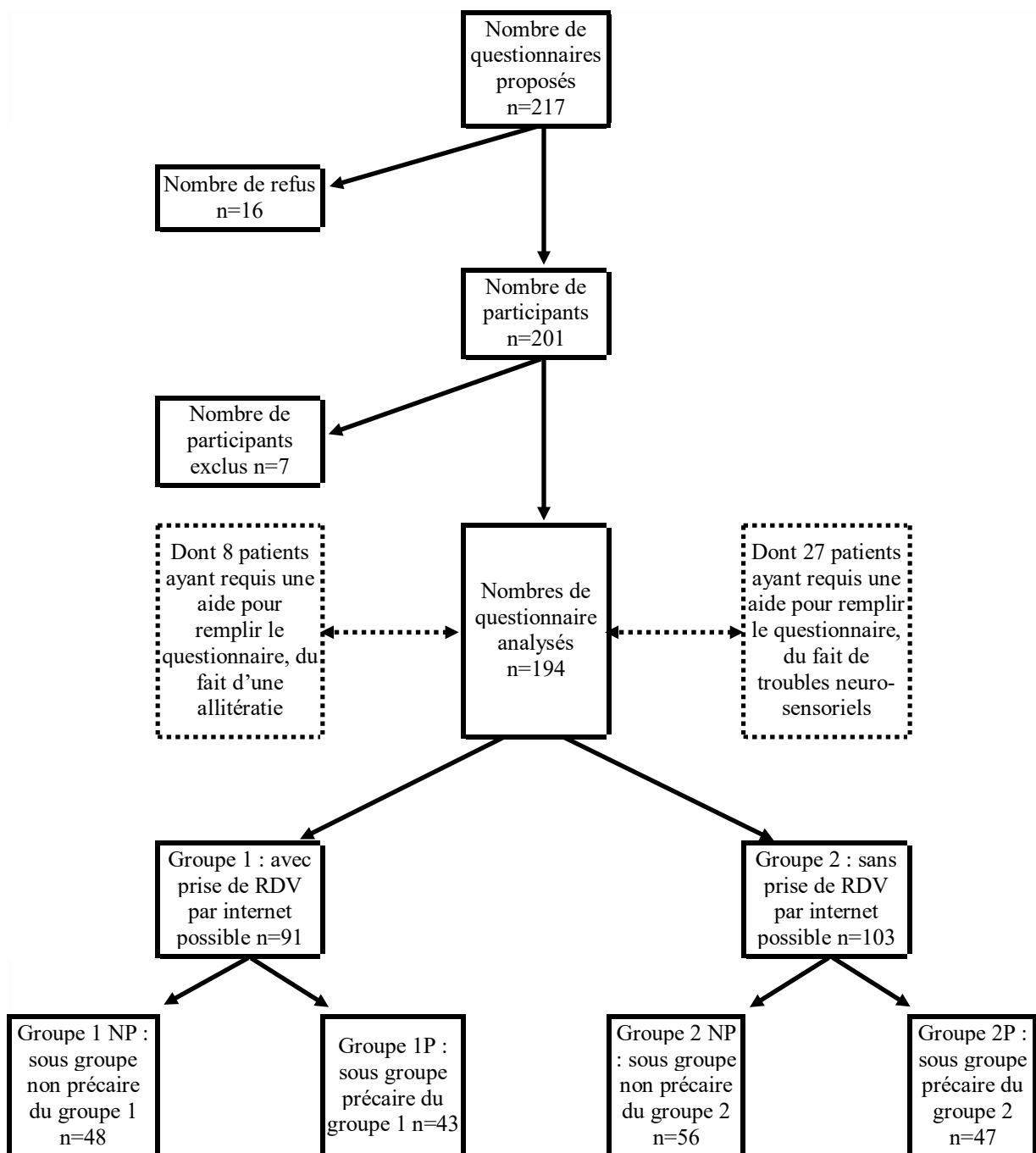


Figure n°2 : Flowchart

désintérêt pour l'étude sans autre précision. Parmi les 201 participants, 35 patients ont nécessité l'aide de l'un des investigateurs pour remplir le questionnaire.

Sept participants ont du être exclus de l'étude : 2 pour erreur d'inclusion (1 mineur et 1 patient consultant un médecin spécialiste), 4 pour mauvais remplissage du questionnaire ne permettant pas l'évaluation du critère principal d'évaluation de l'étude (score EPICES ou du score de FAS), 1 pour non remise du questionnaire après l'avoir rempli.

194 questionnaires ont pu être analysés :

- 91 patients du groupe 1, où la prise de rendez-vous par internet est possible
- et 103 patients du groupe 2, « témoins », où il n'y a pas de prise de rendez-vous possible par internet

Le groupe 1 est composé de 43 patients précaires et de 48 patients non précaires ; le groupe 2 peut être divisé en 47 patients précaires et 56 non précaires.

5.5.Comparabilité des deux groupes : (tableau n°4)

Les deux groupes ne présentent pas de différences significatives après analyse par le test t de Student de comparaison des moyennes ($p > 0.05$) sur les variables suivantes : nombre de patients exclus, nombre de refus et le nombre moyen de femmes par cabinet.

Les deux groupes ne sont pas comparables en terme d'âge moyen des participants ($p = 0,001233$), avec un âge moyen à 47,22 pour le groupe 1 et 54,015 ans pour le groupe 2.

	Groupe 1 : avec RDV par internet possible	Groupe 2 : sans RDV par internet possible	Total des deux groupes:	p-Value
Nombre moyen de sujets interrogés par cabinet :	23,67	33,33	25,13	0,46602* ^E
Nombre moyen de refus par cabinet :	0,67	4,67	2,00	0,34687* ^E
Nombre moyen de participants par cabinet :	22,75	25,75	24,25	0,63772*
Nombre moyen d'exclus par cabinet :	0,25	1,50	0,88	0,66700*
Nombre moyen de participants par cabinet :	22,50	26,00	24,25	0,58451*
Nombre moyen de femmes participantes par cabinet :	12,00	17,00	14,50	0,09413*
Age moyen participant (NR=4)	47,22	54,01	50,79	0,01233*

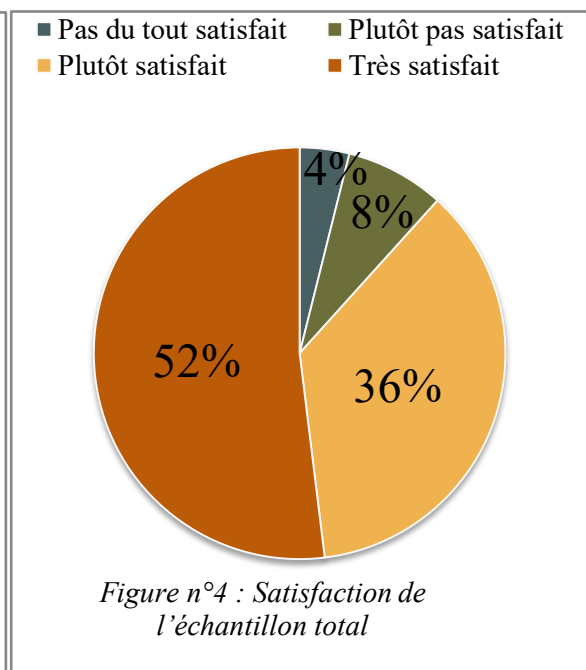
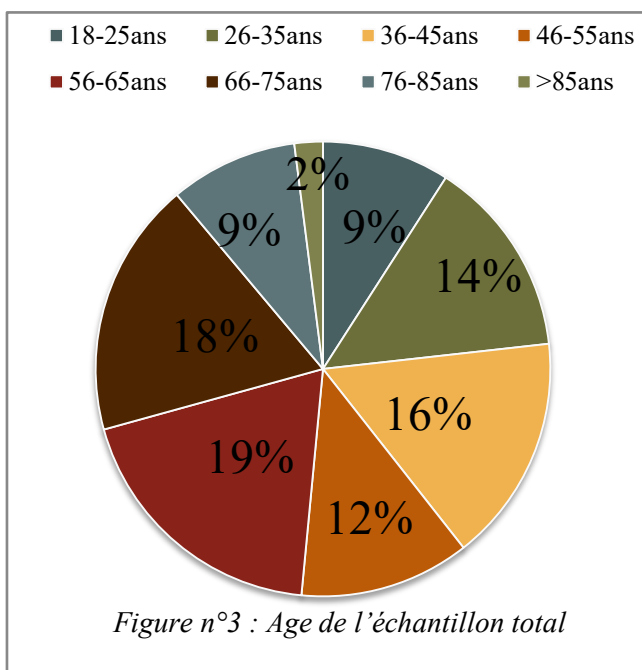
* test T de Student

^E Analyse excluant les cabinets n°1 et 2

Tableau n°4 : Comparabilité des groupes

5.6. Description de l'échantillon:

L'échantillon des personnes incluses représente 194 patients, avec une majorité de femmes (57,89%, Intervalle de confiance à 95% = [50,89 ; 64,90]) et d'un âge moyen proche de 51 ans (Intervalle de confiance à 95% = [48,14 ; 53,45]). La répartition est assez homogène dans les différentes tranches d'âges, hormis les plus de 85 ans qui ne représentent qu'environ 2% de la population. (Figure n°3)



La prise de RDV par internet était proposée à 46,90%, alors que la prise de rendez-vous par téléphone était possible pour tous, et la prise de rendez-vous directement au secrétariat n'était possible que pour 66,49%. Seulement 25,26% des patients de l'étude utilisaient internet pour prendre leur rendez-vous, ce qui représentait 53,85% des patients pour qui la prise de rendez-vous par internet était possible.

Le score EPICES moyen est de 28,37, le minimum est de 1 et le maximum 81,86, 50% des valeurs se trouvent entre 13,61 et 41,42. (Figure n°5)

Le score de FAS moyen est de 7,55, la médiane est de 8 et seulement 25% des personnes interrogées ont mis un score de FAS<6. (Figure n°5)

Plus de 37% des patients avaient renoncé au moins une fois à des soins chez leur médecin généraliste : environ 35% des patients avaient déjà renoncé à des soins en raison de délais d'attente trop longs, environ 5% à cause de l'éloignement géographique, et près de 2% pour des raisons de coûts. La nécessité que le médecin change quelque chose à sa prise de rendez-vous a été exprimée par 13,16% des patients.

Globalement la satisfaction des patients en termes de délais de rendez-vous était élevée : 39,90% et 51,81% se disaient « très satisfait » et « plutôt satisfait », contre 2,59% et 5,70% qui n'étaient « pas du tout satisfait » ou « plutôt pas satisfait ». (Figure n°4)

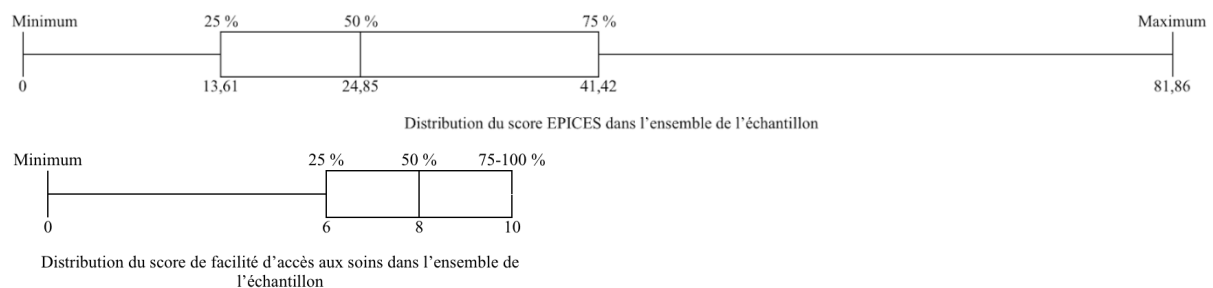
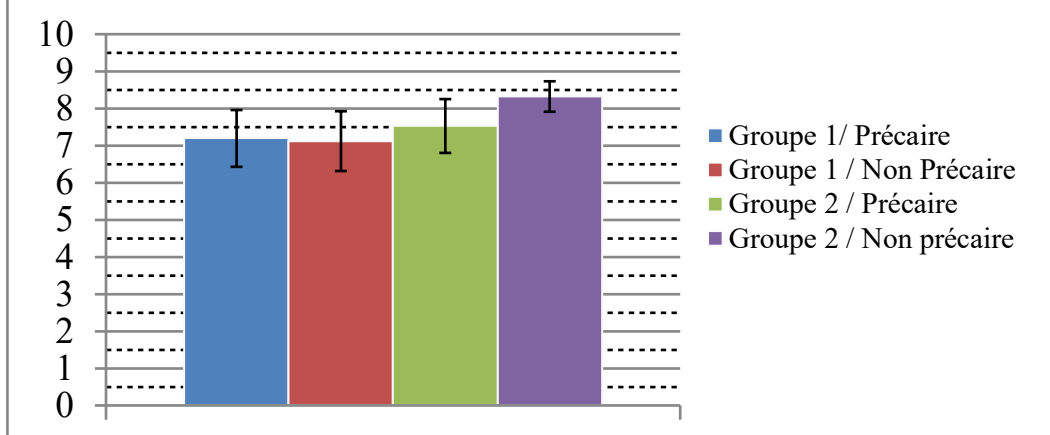


Figure n°5 : Boîtes à moustache des scores EPICES et FAS, dans l'échantillon total

Figure n°6 : Comparaison des moyennes des scores de facilité d'accès aux soins dans les différents sous groupes



	N	Moyenne	Intervalle de confiance à 95%	Médiane	Ecart -type	Min	Max
Score moyen de FAS du groupe 1	91	7,15	[6,60 ; 7,71]	8,0	2,71	0	10
Score moyen de FAS du sous groupe 1 P	43	7,20	[6,38 ; 8,01]	8,0	2,57	1	10
Score moyen de FAS du sous groupe 1 NP	48	7,11	[6,26 ; 7,97]	8,0	2,85	0	10
Score moyen de FAS du groupe 2	103	7,96	[7,56 ; 8,36]	8,0	2,09	1	10
Score moyen de FAS du sous groupe 2 P	47	7,53	[6,78 ; 8,28]	8,0	2,53	1	10
Score moyen de FAS du sous groupe 2 NP	56	8,32	[7,91 ; 8,73]	8,5	1,56	5	10
Score moyen global	194	7,58	[7,11 ; 8,05]	8,0	2,42	0	10

Test de comparaison des rangs de Kruskal-Wallis
 $p = 0,22050$

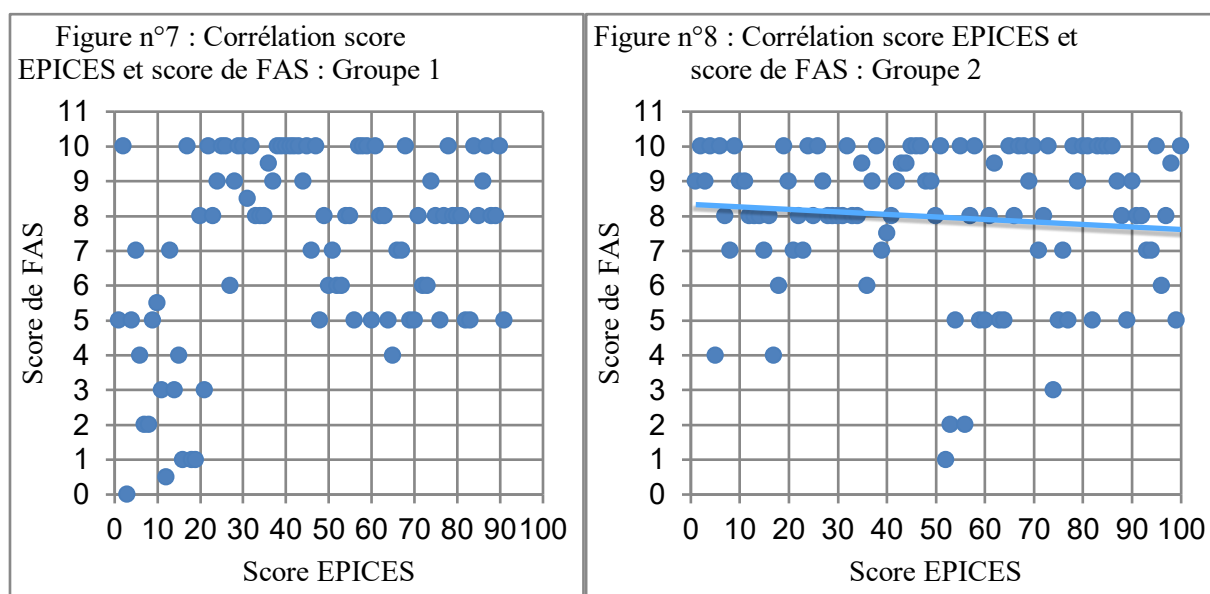
Tableau n°5 : Comparaison des scores de FAS dans les différents groupes

5.7. Critère de jugement principal : score de FAS

L'analyse du critère de jugement principal a été effectuée en comparant les moyennes des scores de facilité d'accès aux soins dans les 4 sous groupes (groupes 1 précaire et non précaire et 2 précaire et non précaire) par le test de comparaison des moyennes de Kruskal-Wallis. Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,22050$) entre les scores de facilité d'accès aux soins. (Tableau n°5 et Figure n°6)

La moyenne du score de Facilité d'accès aux Soins du groupe 2 est de 7.98 et celle du groupe 1 est de 7.17. Chez les patients précaires (score EPICES > 30) du groupe 1 et 2, les moyennes sont, respectivement, de 7,21 et 7,54. Chez les patients non précaires, le score moyen est de 7,14 pour le groupe 1 et de 8,34, pour le groupe 2.

5.8. Etude du gradient social d'accès aux soins



Test de corrélation			
	P-value	Facteur de corrélation	IC à 95%
Groupe 1 (n=91)	0,63021	0,05110	[-0,15650;0,25440]
Groupe 2 (n=103)	0,00632	-0,26740	[-0,43830;-0,07790]

Tableau n°6 : Corrélation entre les scores EPICES et de FAS dans les groupes 1 et 2

Le coefficient de corrélation est significatif pour le groupe 2 à -0.2674 avec un intervalle de confiance à 95% de [-0,43830;-0,07790] et un P value 0.00632. Cela signifie que l'on observe un lien de corrélation significatif, négatif entre le score EPICES et le score de facilité d'accès aux soins dans les cabinets sans prise de rendez-vous possible par internet. Dans le groupe 2, plus le score EPICES est élevé, plus le score de FAS est faible. Cela traduit le fait que les patients les plus précaires ont plus de difficulté à avoir accès aux soins de médecine générale et cela proportionnellement à leur précarité. (Tableau n°6, Figure n°8)

A contrario on ne peut pas conclure de lien de corrélation statistiquement significatif, dans la population des cabinets qui proposent des rendez-vous par internet. En effet le groupe 1 a un coefficient de corrélation de 0.05110 avec un P value à 0.63021 dans un intervalle de confiance qui comprend 0. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre le score EPICES et le Score de FAS, dans les cabinets avec une prise de rendez-vous par internet. (Tableau n°6, Figure n°7)

L'absence de corrélation identifiable dans le groupe 1 a rendu impossible le test de comparaison de corrélation.

5.9. Comparaison des résultats des groupes 1 et 2 :

	Groupe 1 : avec RDV par internet possible (n=91)	Groupe 2 : sans RDV par internet possible (n=103)	Total : (n=194)	P-Value	
Score EPICES	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	15,38 % (14)	22,33 % (23)	19,07 % (37)	0,21913*
	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	89,01 % (81)	97,09 % (100)	93,3 % (181)	0,02476*
	Vivez-vous en couple ?	54,95 % (50)	66,99 % (69)	61,34 % (119)	0,08556*
	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	41,76 % (38)	53,4 % (55)	47,94 % (93)	0,10534*
	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	29,67 % (27)	35,92 % (37)	32,99 % (64)	0,35534*
	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	62,64% (57)	56,31% (58)	56,28% (115)	0,37075*
	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	45,05% (41)	47,57% (49)	46,39% (90)	0,72563*
	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	65,93% (60)	66,99% (69)	66,49% (129)	0,87639*
	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	87,91% (80)	85,44% (88)	86,60% (168)	0,61354*
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	83,52% (76)	84,47% (87)	84,02% (163)	0,85705*
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	80,22% (73)	73,79% (76)	76,80% (149)	0,28939*
	Score moyen	28,65	28,12	28,37	0,85378 ^T
Nombre de patients précaires score >30.17	47,25% (43)	45,63% (47)	46,39% (90)	0,82118*	
Nombre de patient précaires score >40.20	29,67 % (27)	27,18% (28)	28,35% (55)	0,70143*	

* test du Khi2, ^T test T de Student

Tableau n°7 : Comparaison des résultats des groupes 1 et 2 : Score EPICES

Le groupe 2 dans lequel la prise de rendez-vous par internet est impossible, a un effectif de 103 patients, et le groupe 1, où cela est possible, a un effectif de 91 patients. Même si les scores EPICES moyens et le nombre de patients précaires (test fait avec une limite de score EPICES >30.17 et >40.20) dans chaque groupe ne sont pas significativement différents. On peut noter qu'il y a plus de patients qui ont souscrit à une complémentaire santé dans le groupe 2 de manière statistiquement significative 97.09% vs 89.01% dans le groupe 1 (p=0.02476). Il n'y a pas d'autre différence significative dans les autres items du score EPICES. (Tableau n°7)

		Groupe 1 : avec RDV par internet possible (n=91)	Groupe 2 : sans RDV par internet possible (n=103)	Total : (n=194)	p-Value
Mode de prise de RDV possible	Internet	100% (91)	0,00% (0)	46,90% (91)	<0,00001*
	Téléphone	100% (91)	100% (103)	100% (194)	Non réalisable
	Secrétariat	50,55% (46)	80,58% (83)	66,49% (129)	<0,00001*
Mode de prise de RDV utilisé	Internet	53,85% (49)	0,00% (0)	25,26% (49)	<0,00001*
	Téléphone	63,74% (58)	96,17% (99)	80,92 % (157)	<0,00001*
	Secrétariat	10,99% (10)	34,95% (36)	23,71% (46)	<0,00001*

* test du Khi2

Tableau n°8 : Comparaison des résultats des groupes 1 et 2 : Mode de prises de rendez-vous

Dans le groupe 1, internet n'est utilisé pour prendre rendez-vous que par 53.85% des patients. L'utilisation du téléphone et du secrétariat est plus importante dans le groupe 2 : respectivement 96.17% et 34.95% vs 63.74% et 10.99% dans le groupe 1 (p<0.00001). (Tableau n°8)

Les patients ont renoncé plus souvent à des soins dans les cabinets du groupe 1, au moins une fois pour 47.25% des patients du groupe 1 contre 28.16% des patients du groupe 2 (p=0.006). Ces renoncements sont principalement expliqués par des délais trop longs entre la prise de rendez-vous et la consultation dans les cabinets avec une prise de rendez-vous par

internet possible. Ces délais ont fait renoncer plusieurs fois 28.57% des patients et une fois 16,48% des patients dans les cabinets avec une prise de rendez-vous par internet contre 10.68% et 12,62% des patients dans les cabinets ne proposant pas de prise de rendez-vous par internet (p=0.01104).

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative pour les autres motifs de renoncement aux soins. (Tableau n°9)

			Groupe 1 : avec RDV par internet possible (n=91)	Groupe 2 : sans RDV par internet possible (n=103)	Total : (n=194)	P-Value
Score de facilité d'accès aux soins			7,15	7,96	7,58	0,06323 ^W
Vous est-il arrivé de renoncer à des soins chez un MG	Délais	Non	54,95 % (50)	76,70% (79)	66,49% (129)	0,01104*
		1 fois	16,48% (15)	12,62% (13)	14,43% (28)	
		Plusieurs	28,57% (26)	10,68% (11)	19,07 % (37)	
	Coût	Non	97,80% (89)	98,06% (101)	97,94% (190)	0,78903 ^F
		1 fois	1,10 % (1)	0,00% (0)	0,52% (1)	
		Plusieurs	1,10 % (1)	1,94% (2)	1,55% (3)	
	Eloignement géographique (NR=1)	Non	96,70% (88)	93,14% (95)	94,81% (183)	0,34057 ^F
		1 fois	0,00% (0)	2,94% (3)	1,55% (3)	
		Plusieurs	3,29% (3)	3,92% (4)	3,63% (7)	
Total renoncement au moins une fois		Oui	47,25% (43)	28,16% (29)	37,11% (72)	0,00600*
Pensez-vous que votre médecin doit changer quelque chose à la prise de rendez-vous ? (NR=4)		Non	85,39% (76)	88,12% (89)	86,84% (165)	0,57917*
		Oui	14,61% (13)	11,88 % (12)	13,16% (13)	
Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ? (NR=1)		Pas du tout	3,29% (3)	1,96% (2)	2,59% (5)	0,02710 ^F
		Plutôt pas	9,89% (9)	1,96% (2)	5,70% (11)	
		Plutôt	54,94% (50)	49,02% (50)	51,81% (100)	
		Très	31,87% (29)	47,06% (48)	39,90% (77)	
Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ? (NR=1)		Pas du tout / Plutôt pas	13,19% (12)	3,92% (4)	8,29% (16)	0,01979*
		Plutôt / Très	86,81% (79)	96,08% (98)	91,71% (177)	

* test du Khi2, ^W test de Wilcoxon - Mann Whitney, du fait de la non comparabilité des variances,

^F test exact de Fisher

Tableau n°9 : Comparaison des résultats des groupes 1 et 2 : Accès aux soins

Les patients du groupe 1 ont été globalement moins satisfaits des délais pour obtenir des rendez-vous. En effet 13.19% des patients du groupe 1 ont été pas du tout ou plutôt pas satisfaits des délais contre 3.92% dans le groupe 2 et seulement 86.81% des patients du

groupe 1 sont plutôt satisfaits ou très satisfaits des délais contre 96.08% des patients du groupe 2 (p=0.01979). (Tableau n°9)

5.10. Comparaison en fonction de l'utilisation ou non de la prise de rendez-vous par internet :

	Patient utilisant la prise de rendez-vous par internet (n=49)	Patient n'utilisant pas la prise de rendez-vous par internet (n=145)	P-Value	
Nombres de femmes (NR=4)	61,22% (30)	55,17% (80)	0,45980*	
Age Moyen (NR=4)	41,84	53,91	0,00011 ^w	
Score EPICES	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	16,33% (8)	20,00% (29)	0,57149*
	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	87,76% (43)	95,17% (138)	0,07262*
	Vivez-vous en couple ?	59,18% (29)	62,07% (90)	0,71992*
	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	36,73% (18)	51,72% (75)	0,06940*
	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	26,53% (13)	35,17% (51)	0,26601*
	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	69,39% (34)	55,86% (81)	0,09571*
	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	46,94% (23)	46,21 % (67)	0,92923*
	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	71,43% (35)	64,83% (94)	0,39737*
	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	89,80% (44)	85,52% (124)	0,44722*
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	89,80% (44)	82,07% (119)	0,23884*
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	81,63% (40)	75,17% (109)	0,35431*
Score moyen	26,66	28,94	0,51942 ^T	
Nombre de patients précaires score >30,17	42,86% (21)	47,58% (69)	0,56605*	
Nombre de patients précaires score >40,20	26,53% (13)	28,97% (42)	0,74371*	

* test du Khi2, ^T test T de student

Tableau n°10: Comparaison des résultats en fonction de l'utilisation de la prise de rendez-vous sur internet : caractéristiques socio-démographiques

Cent quarante-cinq patients ne prenaient pas rendez-vous par internet et 49 autres avaient l'habitude de le faire. Entre les deux groupes plusieurs différences significatives ressortaient. Ceux qui ont utilisé internet sont plus jeunes (p=0.00011) avec un âge moyen de 41.84 ans versus 53.91 ans pour ceux qui n'utilisaient jamais internet pour prendre rendez-vous. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux populations en

termes de sex-ratio, du nombre de patients précaires (score EPICES>30,17 et 40,20), du score EPICES moyen, ainsi que pour chaque item du score pris individuellement. (Tableau n°10)

Par ailleurs, les patients qui choisissaient de prendre rendez-vous par internet utilisaient beaucoup moins les autres modes de prise de rendez-vous (téléphone et directement

		Patient utilisant la prise de rendez-vous par internet (n=49)	Patient n'utilisant pas la prise de rendez-vous par internet (n=145)	p-Value
Mode de prise de RDV possible	Internet	100,00% (49)	28,97% (42)	<0,00001*
	Téléphone	100,00% (49)	100,00% (145)	Non Réalisable
	Secrétariat	44,90% (22)	73,79% (107)	0,00021*
Mode de prise de RDV utilisé	Internet	100,00% (49)	0,00% (0)	<0,00001*
	Téléphone	36,74% (18)	95,86% (139)	<0,00001*
	Secrétariat	4,08% (2)	30,34% (44)	0,00019*

* test du Khi2

Tableau n°11: Comparaison des résultats en fonction de l'utilisation de la prise de rendez-vous sur internet : Modes de prise de rendez-vous

au secrétariat avec respectivement 36.74% et 4.08%) que les patients qui n'utilisaient pas internet (95.86% et 30.34%), avec une différence statistiquement significative ($p < 0.00001$ et $p < 0,00019$). (Tableau n°11)

Les patients qui utilisent internet ont significativement plus souvent renoncé à un rendez-vous médical une ou plusieurs fois que les autres pour le motif d'un délai trop long jusqu'à la consultation. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour les autres motifs de renoncement (le coût de la consultation et l'éloignement géographique des cabinets).

Enfin, des différences significatives ont été observées sur les degrés de satisfaction à propos des délais de prises de rendez-vous. Les patients qui utilisent internet sont 16,33% à se

			Patient utilisant la prise de rendez-vous par internet (n=49)	Patient n'utilisant pas la prise de rendez-vous par internet (n=145)	p-Value
Score de facilité d'accès aux soins			7,48	7,60	0,79069 ^T
Vous est-il arrivé de renoncer à des soins chez un MG	Délais	Non	53,06% (26)	71,03% (103)	<0,0001*
		1 fois	18,37% (9)	13,10% (19)	
		plusieurs	28,57% (14)	15,86% (23)	
	Coût	Non	95,92% (47)	98,62% (143)	0,37155 ^F
		1 fois	2,04% (1)	0,00% (0)	
		plusieurs	2,04% (1)	1,38% (2)	
	Eloignement géographique (NR=1)	Non	95,91% (47)	94,44% (136)	0,86370 ^F
		1 fois	0,00% (0)	2,08% (3)	
		plusieurs	4,08% (2)	3,47% (5)	
Total renoncement au moins une fois		Oui	51,02% (25)	32,41% (47)	0,01976*
Pensez vous que votre médecin doit changer quelque chose à la prise de rendez-vous ? (NR=4)		Non	87,76% (43)	86,52% (122)	0,82628*
		Oui	12,24% (6)	13,48% (19)	
Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ? (NR=1)		Pas du tout	2,04% (1)	2,78% (4)	0,02319 ^F
		Plutôt pas	14,29% (7)	2,78% (4)	
		plutôt	53,06% (26)	51,39% (74)	
		très	30,61% (15)	43,06% (62)	
Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ? (NR=1)		Pas du tout / Plutôt pas	16,33% (8)	5,56% (8)	0,01818*
		Plutôt / Très	83,67% (41)	94,44% (136)	

* test du Khi2, ^T test T de student, ^F test exact de Fisher

Tableau n°11: Comparaison des résultats en fonction de l'utilisation de la prise de rendez-vous sur internet : Accès aux soins

déclarer « pas du tout satisfait » ou « plutôt pas satisfait » des délais, contre 5,56% des patients qui n'utilisent pas internet (p=0.01818).

5.11. Analyse spécifique des patients précaires (score EPICES >30,17) des

groupes 1 et 2 : (tableau n°12)

L'analyse statistique spécifique aux patients précaires des groupes 1 et 2 n'a pas

		G2P+ (n=43)	G1P+ (n=47)	Total : (n=90)	P-Value	
Nombres de femmes (NR=2)		57,14% (24)	60,87% (28)	59,09% (52)	0,72247*	
Age Moyen (NR=2)		48,86	51,30	50,13	0,54444 ^T	
Score EPICES	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	27,91% (12)	42,55% (20)	35,56% (32)	0,14708*	
	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	88,37% (38)	93,62% (44)	91,11% (82)	0,38247*	
	Vivez-vous en couple ?	30,23% (13)	51,06% (24)	41,11% (37)	0,04483*	
	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	25,58% (11)	23,40% (11)	24,44% (22)	0,81028*	
	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	60,47% (26)	65,96% (31)	63,33% (57)	0,58913*	
	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	46,51% (20)	36,17% (17)	41,11% (37)	0,31927*	
	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	23,26% (10)	25,53% (12)	24,44% (22)	0,80183*	
	Etes-vous parti vacances au cours des 12 derniers mois ?	39,53% (17)	44,68% (21)	42,22% (38)	0,62151*	
	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	79,07% (34)	72,34% (34)	75,56% (68)	0,45808*	
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	67,44% (29)	70,21% (33)	68,89% (62)	0,77669*	
	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	62,79% (27)	61,70% (29)	62,22% (56)	0,91527*	
Score moyen		46,00	46,72	46,38	0,79475 ^T	
Mode de prise de RDV possible	Internet	100,00% (43)	0,00% (0)	47,78% (43)	<0,00001*	
	Téléphone	100,00% (43)	100,00% (47)	100,00% (90)	Non Réalisable	
	Secrétariat	60,47% (26)	80,85% (38)	71,11% (64)	0,03306*	
Modes de prise de RDV utilisé	Internet	48,84% (21)	0,00% (0)	23,33% (21)	<0,00001*	
	Téléphone	65,12% (28)	95,74% (45)	81,11% (73)	0,00021*	
	Secrétariat	11,63% (5)	44,68% (21)	28,89% (26)	0,00055*	
Score de facilité d'accès aux soins		7,20	7,53	7,37	0,53621 ^T	
Vous est-il arrivé de renoncer à des soins chez un MG	Délais	Non	58,14% (25)	68,09% (32)	63,33% (57)	0,62119 ^F
		1 fois	18,60% (8)	14,89% (7)	16,67% (15)	
		Plusieurs	23,26% (10)	17,02% (8)	20,00% (18)	
	Coût	Non	100,00% (43)	95,74% (45)	97,78% (88)	0,49538 ^F
		1 fois	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	
		Plusieurs	0,00% (0)	4,26% (2)	0,00% (0)	
	Eloignement géographique (NR = 1)	Non	95,35% (41)	86,96% (40)	91,01% (81)	0,28483 ^F
		1 fois	0,00% (0)	6,52% (3)	3,37% (3)	
		Plusieurs	4,65% (2)	6,52% (3)	5,62% (5)	
Total renoncement au moins une fois		Oui	41,86% (18)	40,43% (19)	41,11% (37)	0,89009*
Pensez-vous que votre médecin doit changer quelque chose		Non (NR=2)	85,71% (36)	80,43% (37)	82,75% (73)	0,51063*
Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ? (NR=1)	Pas du tout		0,00% (0)	4,35% (2)	2,25% (2)	0,06333 ^F
	Plutôt pas		11,63% (5)	2,17% (1)	6,74% (6)	
	Plutôt		55,81% (24)	43,48% (20)	49,44% (44)	
	Très		32,56% (14)	50,00% (23)	41,57 (37)	

* test du Khi2, ^T test T de student, ^F test exact de Fisher

Tableau n°12 : Comparaison des résultats chez les patients précaires du groupe 1 et 2

permis la mise en évidence de différence statistiquement significative, hormis sur la vie en couple (qui concernait seulement 30,23% des patients précaires du groupe 1 et 51,06% des patients précaires du groupe 2) et sur les modes de rendez-vous possibles et utilisés (mais cela découlait du schéma de l'étude).

6. Discussion:

6.1. La population de l'étude:

L'un des points forts de cette étude est son taux élevé de participation. Seize patients sollicités ont refusé de participer à l'étude, soit seulement 7.3%. Les motifs des refus n'étaient le plus souvent pas argumentés de la part des patients. Quelques refus étaient liés à la peur de ne pas comprendre les questions malgré la proposition de notre aide. Parallèlement 35 personnes (18,04% de la population étudiée) ont accepté l'aide du médecin investigateur pour remplir le questionnaire. Il est légitime de penser que ces 35 personnes n'auraient pas rempli les questionnaires sans aide et donc que le choix d'un investigateur présent sur place était bien justifié. Si on estime que la population étudiée était représentative de toute la population des cabinets de l'étude, alors on peut penser qu'au moins 18% des patients, de part leur déficit ne parviendraient pas seuls à prendre rendez-vous sur internet.

Parmi ces 35 personnes aidées, 27 l'ont été pour des raisons sensibles ou motrices et 8 pour l'allitératie. La littératie en santé est définie en 1998 par l'OMS comme « *les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé* »¹⁸. Une allitératie pourrait être considérée comme un niveau de littératie inférieur ou égale à 1 sur l'échelle définie par l'Organisation de Coopération et de Développement Économique¹⁸ cotée jusqu'à 5, c'est-à-dire une incapacité à utiliser correctement les informations d'un mode d'emploi, dans notre situation, en français. Dans la population étudiée, 8 patients, soit 4% des patients présentaient une allitératie. Il est probable que ce chiffre soit sous-estimé et qu'une partie des patients ayant refusé de participer aient une allitératie et n'étaient pas désireux de la mettre en évidence devant l'investigateur. En effet, 21.6% des français¹⁹ entre 16 et 21 ans auraient un niveau de littératie inférieur ou égal à 1.

Ce résultat montre que l'allitérie en santé et plus largement la compréhension écrite des patients, semble largement sous-estimée. Or l'utilisation d'internet pour prendre rendez-vous requiert au moins le niveau 1 de littératie.

Par ailleurs, la population de l'étude est composée de 90 patients précaires selon EPICES, soit 46,39% de la population d'étude. Ce résultat confirme que le choix des cabinets d'étude était cohérent vis-à-vis de la population cible : les patients précaires.

L'âge moyen des participants est significativement plus jeune dans le groupe 1 (47,22 ans) que dans le groupe 2 (54,01 ans). Les patients des cabinets avec une prise de rendez-vous par internet possible sont sensiblement plus jeunes que les patients des cabinets « témoins ». Cependant lors du recueil de données nous avons pu constater que le patient le plus âgé utilisant internet avait 75 ans. Même si 10,20% (5/49) des patients utilisant la prise de rendez-vous médicale par internet ont plus de 65ans, aucun n'a plus de 75ans. Aucun des 22 patients (11,34%) âgés de plus de 75ans n'utilise la prise de rendez-vous par internet. Il faut donc rester vigilant afin que les modes de prise de rendez-vous restent adaptés aux patients même âgés.

L'un des biais de confusion possible pour l'âge des patients est l'âge des médecins. Il est probable que les médecins plus jeunes se soient installés plus récemment. Cette installation récente peut être associée à la mise en place plus facile, donc plus fréquente, de la prise de rendez-vous par internet. De plus il est probable que les médecins plus jeunes aient des patientèles plus jeunes.

6.2. Calcul *a posteriori* du nombre de sujets nécessaires :

L'un des points forts de cette étude est son originalité. Donc, il n'était pas possible de calculer *a priori* le nombre de sujets nécessaires. *A posteriori*, pour rechercher une différence de 10% (soit de 1 point) du score de FAS entre les groupes 1 et 2, avec une moyenne de 7,58,

et un écart type de 2,42, en fixant le risque alpha à 5% et la puissance à 80%, le nombre de sujet nécessaire aurait été de : 92 personnes par groupe, soit 184.

6.3. Facilité d'Accès aux Soins:

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,22050$) entre les scores de FAS des différents groupes donc nous ne pouvons pas conclure à une modification de la facilité d'accès aux soins des patients précaires et non précaires en fonction de leur possibilité à utiliser internet pour prendre rendez-vous.

Cela ne signifie pas que cette différence n'existe pas :

- Soit la différence n'existe réellement pas
- Soit l'étude n'a pas permis de la montrer, du fait d'un manque de puissance (risque Béta), d'autant plus que le calcul du nombre de sujets nécessaires a priori n'était pas possible.

L'un des facteurs qui peut expliquer cette absence de différence est le SMS de rappel. En effet, un message est systématiquement envoyé aux patients pour leur rappeler leurs rendez-vous. Ce message a peut-être un intérêt plus important chez les personnes les plus vulnérables. Elles ont plus tendance à oublier leurs rendez-vous médicaux.

Cependant, alors que les moyennes étaient comparables, les variances ne l'étaient pas. En effet, la dispersion est plus importante de manière statistiquement significative dans le groupe 1 (prise de rendez-vous par internet possible). Donc même si les patients ont en moyenne autant de facilité-difficulté d'accès aux soins dans les deux groupes, il existe une plus grande disparité dans le groupe 1, avec des patients qui ont plus de facilité et d'autres qui ont plus de difficulté.

L'absence de différence de score de FAS entre les groupes 1 et 2, doit être nuancée : les cabinets du groupe 1 étaient des cabinets proposant une prise de rendez-vous par internet. Mais internet n'était pas l'unique moyen de prendre rendez-vous. La majorité des quelques cabinets de médecine générale avec internet trouvés proposaient des prises de rendez-vous mixtes. Ce modèle mixte que nous avons étudié est intéressant en termes d'accès aux soins car il allie la praticité d'internet avec l'accueil humain traditionnel. Au cours des discussions, de nombreux patients ont souligné l'importance du rôle de la secrétaire dans la prise en charge, ne serait-ce que pour le contact humain. Spontanément de nombreux patients ont insisté sur le fait que si la prise de rendez-vous par internet avait des avantages, cela ne devait en aucun cas remplacer une secrétaire sur place. Les motifs évoqués étaient le contact humain, mode plus adapté pour les personnes âgées, la gestion des situations plus complexes sans déranger le médecin.

L'étude de la corrélation entre le gradient social et le score de FAS montre qu'en l'absence de prise de rendez-vous par internet, il existe un lien statistiquement significatif. Ces résultats montrent que les patients les plus précaires ont plus de difficulté à avoir accès aux soins de médecine générale et cela proportionnellement à leur précarité. Cela confirme que le constat posé dans l'introduction est toujours d'actualité : les inégalités sociales de santé persistent et doivent être au centre des préoccupations gouvernementales et surtout professionnelles.

La corrélation entre le score EPICES et le score de FAS, n'a pas été mise en évidence dans le groupe 1. Cela signifie soit que ce n'est pas significatif par des fluctuations d'échantillonnages ou par manque de puissance. En effet la prise de rendez-vous sur internet pourrait diminuer la force de l'association et lutter contre le gradient social d'accès aux soins. Soit l'association pourrait réellement ne pas exister, ainsi la prise de rendez-vous sur internet permettrait la disparition du gradient social d'accès aux soins chez les médecins généralistes.

6.4. Renoncement aux soins:

Les résultats concernant le renoncement aux soins était bien inférieur aux résultats de l'étude de l'Institut Français d'Opinion Publique pour le Jalma. Celle-ci retrouvait 62% des personnes ayant au moins renoncé une fois (et seulement 37% dans l'étude présente), dont 55% à cause des délais, 30% à cause du coût et 23% à cause de l'éloignement géographique, (versus 35%, 2% et 5% dans cette étude)¹⁰.

6.5. Risque de première espèce:

Il est important de nuancer les résultats statistiquement significatifs retrouvant d'un côté plus de patients sans complémentaire santé dans le groupe 2, et d'un autre côté plus de patients vivant en couple dans le sous-groupe précaire du groupe 2. Ces résultats ne trouvent pas de lien logique explicatif. Dans ce contexte, il est légitime de se demander s'ils ne sont pas les résultats d'une erreur de première espèce. Cette erreur de première espèce aurait pu survenir en raison de la multiplication des tests statistiques augmentant le risque alpha.

6.6. Biais de confusion:

Il existe un biais de confusion que nous n'avons pas pu éviter. Certaines associations grenobloises (Foyer de travailleur ADOMA, Accueil des Demandeurs d'Asile, Plateforme Régionale d'Accueil aux Demandeurs d'Asile) prenaient rendez-vous sur internet à la place de certains patients précaires. Même si ces associations n'ont probablement pas la même définition des patients précaires, cela a pu impacter les résultats en diminuant le gradient social d'accès aux soins. Ce phénomène est une adaptation positive à la prise de rendez-vous par internet des patients vulnérables. Par ailleurs, un autre biais sur l'étude du score de FAS réside dans le fait que dans certains cabinets, des patients notaient leur (in)satisfaction en se focalisant surtout sur leur difficulté à obtenir un rendez-vous. Ils invoquaient un problème de démographie médicale sur le territoire.

6.7.Des patientèles différentes:

On voit dans le tableau 8 que le pourcentage de renoncement à un rendez-vous une ou plusieurs fois pour un délai d'obtention du rendez-vous est significativement plus important chez les patients qui utilisent la prise de rendez-vous sur internet que chez les autres. Cela pourrait signifier qu'internet rend plus difficile l'accès aux soins. Mais il est possible que les utilisateurs d'internet aient un profil psychologique plus « insatisfait ». C'est-à-dire que les personnes viennent utiliser internet pour tester un nouveau mode de prise de rendez-vous après avoir souffert de délais estimés trop longs par les autres moyens plus classiques. Autrement dit, il est possible qu'une partie des personnes qui utilise internet pour prendre rendez-vous sont des personnes qui tolèrent moins un délai plus long. Cette hypothèse est renforcée par la différence d'âge, avec une population significativement plus jeune chez les utilisateurs d'internet. Cela laisse supposer des comportements de vie plus dans l'immédiateté. Cela rejoint la typologie des patients et les déterminants de la satisfaction de la consultation en médecine générale présenté par A. Kreuwen²⁰. Il définit 6 classes de patients en fonction de données sociodémographiques et d'attente vis-à-vis du médecin. La classe 5 regroupait des patients « exigeants, peu attachés et globalement peu satisfaits, à la recherche d'efficacité et de rapidité dans la prise en charge médicale ». C'était des patients globalement jeunes, de catégories socioprofessionnelles élevées, pour qui une réponse rapide à leur demande médicale était plus importante que d'être suivis par un même médecin, et ils étaient globalement insatisfaits²⁰. Il en résulte que le lien entre une prise de rendez-vous par internet possible et l'insatisfaction plus importante, n'est pas nécessairement un lien de causalité.

6.8.Biais de désirabilité sociale:

La réalisation d'un hétéro-questionnaire, avec l'aide au remplissage par un investigateur, tente d'optimiser la participation, en particulier des patients les plus vulnérables, afin d'éviter un biais de sélection. Cependant le recours à un investigateur expose

à un biais de mesure de type biais de désirabilité sociale. il semble en effet possible que de façon consciente ou inconsciente, face à un investigateur-médecin, les personnes interrogées aient tendance à donner des réponses « plus socialement désirables ». La présence d'un investigateur rend les patients plus enclins à participer à l'étude, c'est l'effet recherché, mais leurs réponses ont pu être modifiées par cette présence. Cet effet a pu modifier les réponses du score EPICES, par un biais de désirabilité sociale, mais aussi les réponses au score de FAS et aux questions relatives à la satisfaction. Ce biais est non différentiel, car il est probablement similaire dans les deux groupes. De plus, l'effet du biais de désirabilité n'est probablement pas très marqué : en effet le pourcentage de patients précaires était comparable à d'autres études¹⁷.

6.9. « Effet de grappe » :

L'une des limites de cette étude réside dans le nombre restreint de cabinets ayant servi de recrutement des patients. En effet, seul huit cabinets ont servi au recrutement des patients, soit quatre paires de cabinets. Ce recrutement en grappe peut être responsable d'un effet grappe. C'est à dire que les différences mises en évidence peuvent être expliquées plus par les différences inter groupe. On pourrait donc se demander si certaines différences ne sont pas liées à l'effet d'un cabinet particulier. L'objectif de l'appariement des cabinets était de limiter ce biais.

6.10. Le choix du score EPICES :

Pour l'évaluation de la vulnérabilité sociale il a été choisi d'utiliser le score EPICES. Nous avons pris le parti de ne pas utiliser en plus la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) afin de ne pas multiplier les tests statistiques.

Le score EPICES n'est pas cité dans le rapport d'Avril 2018 de Santé publique France sur « les outils élaborés dans le cadre du programme inégalités sociales de santé 2013-2015 ». Cependant nous avons déterminé notre méthodologie et débuté nos questionnaires avant la parution de ce rapport, avec les données disponibles. Bon nombre de thèmes présents dans le score EPICES, sont repris dans les outils proposés par le rapport (couverture du risque maladie, situation matrimoniale, statut d'occupation du logement...) De plus le score EPICES avait l'avantage d'être un score, et donc d'apporter une mesure quantitative de la précarité. Cela permettait la mesure d'un gradient social.

6.11. Choix de la médecine générale :

L'étude s'est concentrée sur l'accès aux soins chez les médecins généralistes, or la prise de rendez-vous par internet est aussi en pleine expansion chez les médecins des autres spécialités. Le problème est un peu différent entre les généralistes et les spécialistes. L'accès aux médecins généralistes est primordial, du fait de leur place centrale dans le système de soins. Il s'agit du premier recours aux soins. Il semble alors indispensable que les médecins généralistes aient conscience de l'importance de rester accessibles à tous.

Certains médecins considèrent même que le fait de prendre un rendez-vous peut être un obstacle aux soins. La prise de rendez-vous est un acte complexe alors que les consultations sans rendez-vous permettent de recevoir toutes les patientes et tous les patients¹¹. Les rendez-vous ont aussi des avantages, par exemple décider avec le patient de la date à laquelle il doit consulter lui permet un meilleur suivi et une meilleure adhésion aux soins.

Il est important de souligner que les inégalités d'accès aux soins ont des répercussions à différents niveaux tant en soins curatifs qu'au niveau des mesures préventives.

Cette recherche a principalement étudié la prise de rendez-vous dans l'accès aux soins. D'autres obstacles à l'accès aux soins existent : les obstacles financiers (absence de mutuelle, dépassement d'honoraires), pour lesquels existent certains dispositifs (Protection Universelle Maladie, tiers payant, Permanences d'Accès aux Soins de Santé)¹¹, les obstacles psychologiques (notamment le fait de ressentir un besoin à consulter), les obstacles matériels (l'accessibilité des locaux aux personnes à motricité réduite, la distance géographique entre le cabinet et le domicile) ... Penser l'accès aux soins en termes de prise de rendez-vous est indispensable mais insuffisant. Il est nécessaire que d'autres études analysent les autres axes de l'accès aux soins.

7. CONCLUSION :

THÈSE SOUTENUE PAR : BONNETTE CORENTIN ET FAUCHE JOËL

TITRE : LA PRISE DE RENDEZ-VOUS SUR INTERNET, MODIFIE-T-ELLE LA CORRÉLATION ENTRE L'ACCÈS AUX SOINS ET LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE?

Contrairement à l'hypothèse de départ, il n'a pas été prouvé statistiquement que la prise de rendez-vous par internet modifie la facilité d'accès aux soins ressentie par les patients, même chez les plus précaires. Quatre facteurs explicatifs de cette absence de différence de la facilité d'accès aux soins ressentie selon le mode de prise de rendez-vous ont été identifiés.

Premièrement, la prise de rendez-vous reste mixte, ce qui permet toujours aux personnes ayant des difficultés à utiliser internet de prendre rendez-vous par un autre moyen. Le choix est laissé aux patients d'utiliser ou non internet en fonction de leur aisance.

Deuxièmement, les SMS de rappel peuvent avoir tendance à limiter les oublis de rendez-vous particulièrement chez les patients les plus vulnérables.

Troisièmement, ce sont les plus jeunes qui ont utilisé internet. Cette partie de la population est moins affectée par la fracture numérique.

Dernièrement, il convient de souligner le rôle des acteurs sociaux médiateurs. En aidant les plus vulnérables à prendre rendez-vous, ils améliorent l'accès aux soins et diminuent la fracture numérique. Il est possible même, que la prise de rendez-vous par internet facilite le travail de ces acteurs sociaux.

D'une manière inattendue il est possible que la prise de rendez-vous par internet permette une diminution du gradient social d'accès aux soins. Cela reste à démontrer dans une étude spécifique. Cette éventualité ne se vérifiera que si la prise de rendez-vous par internet intervient en complément des autres modes plus habituels.

Devant la complexité des déterminants de l'accès aux soins (démographie médicale, littératie en santé, vulnérabilité sociale, vulnérabilité liée à l'âge...) une étude qualitative serait opportune.


Ainsi, en termes d'équité, il nous semble préférable que la prise de rendez-vous reste plurimodale chez les médecins généralistes.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 6 - 11 - 2018

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE DOYEN


Pr. Patrice MORAND

CHU de Grenoble-Alpes
Pôle Thorax et Vaisseaux
SHU Pneumologie Physiologie
Pr. C. PISON
RPPS 100002985652

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE


Pr. Christophe PISON

Corentin BONNETTE et Joël FAUCHÉ

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS SUR INTERNET, MODIFIE-T-ELLE LA CORRÉLATION ENTRE L'ACCÈS AUX SOINS ET LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE?

8. RÉSUMÉ:

Introduction : La prise de rendez-vous par internet est en plein essor, notamment en médecine générale. Mais cet outil innovant ne risquerait-il pas d'aggraver le gradient social d'accès aux soins ?

Objectif : Rechercher une différence de facilité d'accès aux soins (FAS) chez les patients précaires et non précaires, en fonction de la possibilité ou non d'une prise de rendez-vous par internet.

Matériels et méthodes : C'est une étude analytique prospective, dans le cadre d'un travail de thèse. Un auto questionnaire a été proposé aux patients de 8 cabinets (4 paires). Il comprenait le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de

Santé (EPICES) pour l'évaluation de la précarité, un score de FAS (échelle numérique de 0 à 10).

Résultats : 91 patients ont été inclus dans le groupe 1 (prise de rendez-vous possible par internet) et 103 dans le groupe 2 (témoin). Les patients du groupe 1 étaient plus jeunes (47,22 ans versus 54,01 ans, p -value = 0,00011). Il n'y a pas de différence statistiquement significative du score de FAS entre les patients précaires et non précaires des deux groupes (p -value = 0,22050). Un lien de corrélation entre score EPICES et score de FAS a été mis en évidence dans le groupe 2, traduisant le gradient social d'accès aux soins. Il n'a pas été retrouvé dans le groupe 1.

Conclusion : La prise de rendez-vous par internet n'aggrave pas le gradient social d'accès aux soins. Une des explications possibles est : la prise de rendez-vous par internet est exceptionnellement un mode de prise de rendez-vous unique. Il convient donc de garder cette possibilité de choix pour les personnes en difficulté avec l'usage d'internet.

APPOINTMENTS BY THE INTERNET DOES IT CHANGE CORRELATION BETWEEN THE ACCES TO CARE AND SOCIAL VULNERABILITY?

9. ABSTRACT:

Introduction: Making online appointments is a developing practice in general medicine. Online appointments have many advantages, but is there not a risk of worsening the social gradient of access to care?

The objective: To find a difference of ease of access to care (EAC) for precarious and non-precarious patients, depending on the possibility of making online appointments.

Materials and methods: This is a prospective epidemiological study, for a medical thesis. A self-administered questionnaire was proposed to patients from 8 practices (4 pairs). The questionnaire included the EPICES score (Assessment of Precariousness and Health Inequalities in Health Examination Centers) for the evaluation of precariousness and an EAC score (numerical scale from 0 to 10).

Results: 194 patients were included, 91 in group 1 (appointments possible via internet) and 103 in group 2 (control). Patients in group 1 were younger (47.22 years versus 57.01 years, $p\text{-value} = 0.00011$). There is no statistically significant difference in the EAC score between precarious and non-precarious patients in both groups ($p\text{-value} = 0.22050$). A correlation link between the EPICES score and the EAC score was highlighted in group 2, reflecting the social gradient of access to care. It was not found in group 1.

Conclusion: As online appointments are very seldom the only way to make an appointment in general medicine, they do not seem to aggravate the social gradient of access to care. However, we must remain cautious with their uses, because an exclusion of the elderly is possible.

MOTS CLÉS : Rendez-vous, internet, pauvreté, accessibilité des services de santé, facteurs socio-économiques, disparités de l'état de santé, fracture numérique.

FILIERE : Médecine générale

10. ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire proposé aux patients en salle d'attente.



Questionnaire :

1) Identité :

Sexe : F / M

Age :

2) Données sociodémographiques et évaluation du statut social :

Les onze questions suivantes du tableau nous servent à mieux connaître certains éléments de votre vie quotidienne et de vos éventuelles difficultés. Même si ces questions peuvent paraître hors contexte, elles sont importantes. Avec ces questions nous savons que l'avis des plus fragiles sera bien pris en compte.

	oui	non
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (assistante sociale, éducateur, animateur en centre social...)		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
Vivez-vous en couple ?		
Etes-vous propriétaire de votre logement ?		
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?		
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		

3) Mode de prise de rendez-vous :

1. Quels sont les modes de rendez-vous possibles au cabinet de votre médecin ? (plusieurs réponses possibles)

- Internet Téléphone Au secrétariat

2. Quel mode de prise de rendez-vous utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Internet Téléphone Au secrétariat

4) Accès aux soins :

1. A propos de l'accès aux consultations chez votre médecin généraliste, vous semble-t-il facile ou difficile en moyenne, pour vous-même. (veuillez entourer sur l'échelle ci-dessous votre degré de facilité/difficulté à avoir accès aux consultations chez votre médecin généraliste) :



4.2 Vous est-il déjà arrivé de renoncer à des soins chez le médecin généraliste à cause de :

- Difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide

- Non, Jamais Oui, une fois Oui, plusieurs fois

- Du coût de la consultation

- Non, Jamais Oui, une fois Oui, plusieurs fois

- De son éloignement géographique

- Non, Jamais Oui, une fois Oui, plusieurs fois

5) Quel est votre ressenti :

1. Pensez-vous que votre médecin doit changer quelque chose sur son mode de rendez-vous ?

- Non Oui, quoi ?.....

2. Êtes-vous satisfait du délai de prise de rendez-vous ?

- Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Très satisfait

Nous vous remercions pour votre participation

BONNETTE Corentin et FAUCHE Joël

Annexe 2: Protocole:

FICHE de PROJET de RECHERCHE en MÉDECINE GÉNÉRALE
Pour coupler Thèse d'exercice et Mémoire de DES sur un même projet
(évaluation obligatoire du DMG)

- 1°) **Nommer le titre de votre fichier : « AnnéeMoisJour NOM Prénom FPR »**
Exemple : 140823 DUPONT Pierre MARTIN Marie FPR
- 2°) **Remplir cette fiche en vous aidant des annotations : max 600 mots**
- 3°) **Déposer le sur votre Espace Numérique de Travail (Medatice) en format PDF**
- 4°) **Informez par mail à csdmg@univ-grenoble-alpes.fr ET yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr du dépôt de votre fiche de projet**
- 5°) **Consultez votre messagerie sécurisée universitaire (prenom.nom@etu.univ-grenoble-alpes.fr) d'ici 2 semaines pour obtenir les commentaires**

Noms: BONNETTE Corentin, FAUCHE Joël
Téléphones: 06 32 09 34 04 et 06 25 34 20 55
Adresse électronique Universitaire : corentin.bonette@etu.univ-grenoble-alpes.fr et joel.fauche@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Date de réponse : 4/12/2017

Titre : La prise de rendez-vous médicaux sur internet : un facteur d'exclusion ?

MeSH terms : Internet, rendez-vous, appointments, pauvreté, poverty, couverture maladie universelle, CMU, PUMA, universal coverage, accès soins, access to health care, score EPICES, gradient social de santé, gradient social d'accès aux soins

Objectif de recherche :

L'objectif principal est de quantifier l'effet différentiel de la possibilité de la prise de rendez-vous sur internet, vis-à-vis de l'accès aux soins des patients, précaires et non précaires en cabinet de médecine générale.

L'objectif secondaire est de comparer le gradient social d'accès aux soins des patients en cabinet de médecine générale, en fonction de la prise de rendez-vous par internet, ou par des moyens plus classiques : en présentiel ou par téléphone.

Nous utiliserons comme marqueur de l'accès aux soins la facilité à obtenir un rendez-vous ou une prise en charge chez le médecin traitant. Nous utiliserons le score EPICES comme marqueur de la précarité.

Question de recherche :

Lorsqu'une prise de rendez-vous par internet est possible, le ressenti d'avoir pu obtenir facilement une consultation en médecine générale est-il corrélé à la vulnérabilité sociale.

Introduction :

La prise de rendez-vous sur internet est un phénomène relativement récent, en plein essor, au niveau international (1) et national.

Les principaux freins à la prise de rendez-vous sur internet par les patients sont : la préférence d'une prise de rendez-vous par téléphone, mais aussi le manque de compétence informatique et le faible accès à internet. (2)

Hors 12% de la population des plus de 12ans, en France, ne disposait pas de connexion internet au domicile (fixe ou mobile), en juin 2016. (3) De plus, le taux d'équipement en connexion internet à domicile varie de manière inverse avec certains marqueurs de précarité. (Les diplômés du supérieur ont 96% d'accès à internet versus 57% pour les personnes n'ayant aucun diplôme ; et 96% en cas de haut revenu et 75% en cas de bas revenus) (3)

Il existe déjà en France un gradient d'inégalités sociales de santé (4, 5), il est donc important de se questionner sur l'effet de cette prise de rendez-vous sur internet, vis-à-vis de l'accès aux soins des plus démunis, et donc sur le gradient social d'accès aux soins.

En effet, même si les difficultés d'accès aux soins ne sont pas les seules causes d'inégalités sociales de santé, elles y participent. De plus, un mauvais accès au soin est corrélé à une mauvaise santé.

D'un autre côté, l'utilisation de la prise de rendez-vous par internet semble être un outil très intéressant pour le médecin. Il permet de d'améliorer le temps médical en diminuant le nombre d'appels téléphoniques qui parasitent la consultation (dans certains cabinets), c'est une alternative économique en comparaison à une secrétaire présente ou téléphonique et il peut permettre de libérer du temps à la secrétaire pour permettre un meilleurs accueil au cabinet.

Nous souhaitons évaluer la différence de facilité d'accès aux soins chez les patients précaires et non précaire, en cas de possibilité de prise de rendez-vous sur internet. Nous souhaitons comparer la facilité d'accès aux soins des patients précaires, en fonction du mode de prise de rendez-vous.

Par ailleurs, nous souhaitons comparer le gradient social d'accès aux soins et de facilité à avoir un rendez-vous (ou une prise en charge) en fonction du mode de prise de rendez-vous.

Matériel et Méthode :

Nous souhaitons réaliser une étude transversale, étudiant le lien entre la facilité d'accès aux soins, la précarité et le mode de prise de rendez-vous.

Le critère de jugement principal serait la facilité d'accès aux soins, le critère de jugement secondaire serait le gradient social de difficulté ressentie d'accès aux soins par les patients.

En effet, dans l'étude IFOP pour JALMA, 37% de la population française considère qu'il est difficile d'obtenir un accès aux soins toutes spécialité confondu, et 12% auprès des médecins généralistes. (6) Cette difficulté d'accès aux soins est responsable :

- d'une renonciation à des soins chez les médecins généralistes pour 62% de la population interrogée, (6)
- et à un recours aux urgences du fait de difficulté d'avoir un rendez-vous pour 31% des personnes interrogées (6)

La précarité des patients sera évaluée à l'aide du score EPICES⁽⁷⁾. L'accès aux soins est défini par l'OMS comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin⁽⁸⁾. L'accès aux soins dépend de multiples facteurs : le caractère financier, le caractère géographique, le caractère organisationnel... Dans notre étude l'accès aux soins sera évalué seulement par la difficulté d'obtenir un rendez-vous ou une prise en charge.

La variable étudiée est l'intervention de la possibilité de prise de rendez vous par internet.

Pour ce faire nous souhaitons recueillir les données par les patients, par le biais d'un questionnaire que nous leurs poserons en salle d'attente. Ce questionnaire anonyme permettra la mesure du score EPICES, d'évaluer la qualité ressentie dans l'accès aux soins, les délais de prise de rendez, le recours aux soins, ainsi que la satisfaction des patients via leur mode de prise de rendez-vous. Nous proposerons ces questionnaires dans des cabinets de médecine générale qui proposent des prises de rendez-vous par internet et qui n'en proposent pas. Nous appairerons les cabinets avec et sans prise de rendez vous par internet sur le bassin de population, le nombre de médecin, le nombre de consultation par semaine et en fonction des autres modalités de prise de rendez-vous (secrétariat externe, secrétaire physique, ou pas de secrétariat).

Les critères d'inclusions sont : les patients consultant dans un des cabinets de médecine générale recruteur durant la période de l'étude, étant d'accord pour participer à l'étude. Les critères de non inclusion : les patients mineurs.

Nous réaliserons ensuite une analyse statistique :

- Un test du χ^2 pour la comparaison des pourcentages (pourcentage de patients précaire trouvant l'accès aux soins facile, par rapport au pourcentage de patient non précaire trouvant l'accès aux soins facile)
- Un test comparaison de coefficient de corrélation comparant le gradient social de facilité/difficultés à la prise de rendez-vous, en fonction de la possibilité de rendez-vous sur internet ou non chez les médecins généralistes.
- Une analyse des différents sous-groupes sera ensuite réalisé (secrétariat externe, secrétaire physique, ou pas de secrétariat), du fait que l'effet de la prise de rendez-vous n'est pas forcements le même, en fonction du type de secrétariat.

Le nombre de sujet nécessaire (pour l'objectif principal) est de 50 patients ayant la possibilité de prendre rendez-vous par internet, en considérant que 88% des patients sont satisfait de la prise de rendez-vous⁽⁶⁾, que l'utilisation d'internet varie avec un facteur 2, en fonction de la précarité des patients⁽³⁾, et que la précarité environne les 20% dans la population générale en France⁽⁹⁾. Pour les objectifs secondaires il est nécessaire d'inclure autant de patient n'ayant pas la possibilité de prendre rendez-vous par internet. Nous espérons donc inclure au minimum 100 patients (et plus si possible pour la comparaison en sous-groupe).

Eléments de bibliographie :

1. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 26 avr 2017;19(4):e134.
2. Grain H, others. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service: A case study in primary healthcare. In: Investing in E-Health: People, Knowledge and Technology for a Healthy Future: Selected Papers from the 22nd Australian National Health Informatics Conference (HIC 2014) [Internet]. IOS Press; 2014 [cité 17 juin 2017]. p. 176.
3. L'agence du numérique, Autorité de régulation des communications électroniques et des postes, Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies. Le baromètre du numérique. 2016.

Nous souhaitons tous deux présenter notre mémoire de DES sur le même travail, en été 2018.

GRILLE D'EVALUATION DES FICHES DE PRESENTATION DE THESE
Date de réponse : 4/12/2017

Chacun des 7 items suivants est noté de 1 à 3, pour être admissible la note doit être au moins égale à 14

(Qualité 1 = insuffisante, 2 = acceptable, 3 = bonne)

	Note
1 /Objectif.	2
2/Question de recherche.	2
3/ Introduction.	2
4/ Matériel et Méthode.	2
5/ Eléments de bibliographie.	2
6/ Faisabilité.	2
7/ Apport attendu pour la recherche dans la discipline:	2

Commentaires et recommandations :

Beaucoup d'évolutions ont été constatées entre vos différences fiches témoignant d'un réel investissement.

Attention aux MeSH terms qui doivent être issus d'un portail terminologique

L'écriture est peu fluide entre les différentes parties du projet.

Veillez à obtenir un critère de jugement solide et reproductible : à quel niveau mettez-vous la facilité de prise de RDV.

Il existe un fort risque de biais de confusion dans la prise de RDV. Il paraît important de faire figurer les autres facteurs de prise de RDV dans votre enquête et le recueil pour ensuite étudier leur association (ou non) avec votre hypothèse. Les conditions d'organisation de la continuité des soins du cabinet (voire permanence) n'est pas décrite, est ce volontaire ?

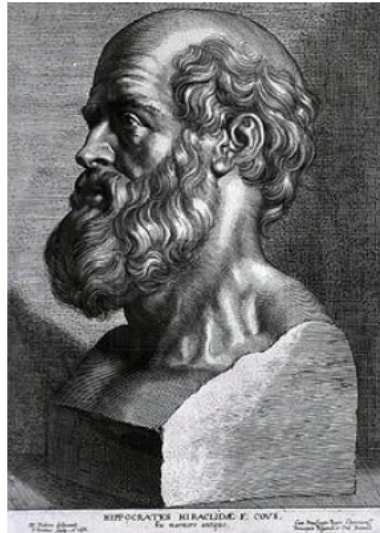
Attention au biais de mémorisation sur l'échelle EVA en demandant « en moyenne », il va être teinté d'un côté émotionnel. Est ce cela que vous

voulez ? ou bien garder en moyenne et rajouter une question sur la prise de RDV du jour où ils sont venus.

Comment allez-vous contrôler ceux qui n'ont pas pu avoir de RDV (et donc qui ne seront pas en salle d'attente ?) : projet de passer par d'autres professionnels ? kiné ? pharmacien ? services d'urgence ? maison médical de garde ?

Questionnaire ou documents annexes :

11.Serment d'Hippocrate :



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

12. Bibliographie :

¹ Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. J Med Internet Res. 26 Avr 2017;19(4):e134

² Cassini S. Doctolib rachète son concurrent direct Mondocteur. Le Monde [en ligne]. 12 Jul 2018, [consulté le 24/07/2018] . Disponibilité sur internet : <<https://www.lemonde.fr>>

³ Doctolib. (Page consulté le 20/12/17). Prenez rendez-vous chez un professionnel de santé. [en ligne] <https://www.doctolib.fr/>

⁴ Zhang X, Yu P, Yan J. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service: A case study in primary healthcare. Stud Health Technol Inform. 2014;204:176-81.

⁵ Rdvmedicaux. (Page consulté le 20/12/17). Prendre RDV avec un médecin n'a jamais été aussi simple ! [En ligne] <https://www.rdvmedicaux.com/>

⁶ Mondocteur. (Page consulté le 20/12/17). Trouvez votre médecin. [En ligne] <https://www.mondocteur.fr/>

⁷ Grain H, Martin-Sanchez F, Schaper LK. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service: A case study in primary healthcare. In: Investing in E-Health: People, Knowledge and Technology for a Healthy Future: Selected Papers from the 22nd Australian National Health Informatics Conference (HIC 2014) [Internet]. IOS Press; 2014 [consulté le 17/06/2017].

⁸ Croutte P, Lautié S, Hobian S. (Membres du Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie.) Le baromètre du numérique. 29 Nov 2016. Commandité par : le Conseil général de l'économie, l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes et l'agence du numérique.

⁹ Gorza M, Elistein D,. Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013-2015. Santé publique France. Avr 2018.

¹⁰ Philippot D, Pratviel D (Membres de l'Institut Française d'Opinion Publique) Baromètre de l'accès aux soins, Vague 3. Nov 2014. Commandité par : Jalma, Cabinet de conseil spécialisé dans la santé et l'assurance.

¹¹ Denantes M, Chevillard M, Renard JF, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer*. 2009;20(85):22-6

¹² Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les tribunes de la santé*. 2005;3(8):31-9

¹³ Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. *Lancet*. 29 Mar 2014, 383(9923):1101-2

¹⁴ Ibanez G, Le Masne A, Herr J (Membres de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale, Documents destinés aux professionnels de santé – Etat des connaissances. Mai 2014. Commandité par: le Collège de la Médecine Générale.

¹⁵ El Hayek C, Guimonneau T (Membres du Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale). Santé et accès aux soins. In : *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale*. 2016, 57-63

¹⁶ Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et Al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socioadministrative de la précarité. *Santé publique*. 2006;18(4):513-22

¹⁷ Akbrantes P, Sabatier S, Guenot C (Membres du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé). Le score EPICES : indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie, Rapport d'étude. Janv 2005

¹⁸ Le Brozec A. Repérage et prise en charge des patients à faible niveau de littératie en santé : Étude qualitative par focus groupes auprès de 20 médecins généralistes en Normandie. [Thèse

de Doctorat d'Université, Médecine humaine et pathologie]. Rouen : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie. 25 Oct 2016

¹⁹ Darcovich N, Hasan A, Jones S, Kirsch I, Murray TS, Pont B, et Al. La littératie à l'ère de l'information. Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes [en ligne]. Éditions OCDE. 2000 Disponibilité sur internet : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/la-litteratie-al-ere-de-l-information_9789264281769-fr

²⁰ Kreuwen A, Bonnet PA. La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants. *Exercer*. 2013;109:196-202